

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Psiquiatría



TESIS DOCTORAL

**La asistencia psiquiátrica y la protección jurídica del
enfermo mental**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

María del Carmen Martínez y Martínez

Madrid, 2015

14.051

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría

BIBLIOTECA UCM



530147966X

Te 616.89

MAR



**LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y
LA PROTECCION JURIDICA DEL
ENFERMO MENTAL**



Biblioteca
de Medicina

María del Carmen Martínez y Martínez

Madrid, 1988

Colección Tesis Doctorales. N.º 437/88

© **María del Carmen Martínez y Martínez**

X-53-117486-6

**Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 - 28015 Madrid
Madrid, 1988**

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-30501-1988

Tesis doctoral presentada por la
Licenciada María del Carmen Martínez
y Martínez para optar al Grado de
Doctor en Medicina, bajo la dirección
del Dr. D. Carlos CARBONELL MASIÀ.

Facultad de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid.

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA
Y
LA PROTECCION JURIDICA DEL ENFERMO MENTAL

Tesis Doctoral

Maria del Carmen Martínez y Martínez
Septiembre, 1987.

A mi madre

PRESENTACION

La elección del tema de la presente memoria doctoral ha estado condicionada, en gran parte, por el conocimiento y experiencia adquirida, en relación con la problemática planteada, en mi condición de Asesora de Asistencia Psicológica y Psiquiátrica del Defensor del Pueblo.

Durante los últimos cinco años he tenido la oportunidad de completar mi formación médica y psiquiátrica con la apertura al complejo ámbito de la Administración, donde el efectivo ejercicio de los derechos de los enfermos encuentra, muchas veces, obstáculos insalvables, burocracias entorpecedoras y dilaciones injustificadas. Sin ser todo negativo en la Administración, hay que reconocer que el encuentro con este aparato burocrático provoca, en no pocas ocasiones, un agravamiento de las propias anomalías del enfermo psíquico.

No habría sido posible afrontar el presente estudio sin la formación médica y psiquiátrica recibida con anterioridad. Es, por ello, el momento de recordar a mis maestros, a los que básicamente debo esta formación, y hacer pública mi gratitud y reconocimiento por su dedicación, desvelos y paciencia para conmigo.

El Profesor d'Ors Pérez me introdujo en la semiología de la Medicina Interna, transmitiéndome, en la consulta cotidiana su saber y experiencia en

una disciplina donde es tan importante la comprensión de la personalidad humana como el conocimiento de la Patología Médica.

Desde los tiempos de estudiante de medicina soy tributaria de mi sincera gratitud al Profesor López Ibor, que me inició en los estudios de Psiquiatría, estudio que completaría más tarde, bajo su dirección como Profesora en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Allí tuve ocasión, también, de enriquecerme con el magisterio del Profesor López de Lerma.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para hacer extensiva mi gratitud al Director, Profesor Alonso Fernández y demás miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense con quienes compartí durante muchos años, tareas docentes, investigadoras y asistenciales, fraguando lazos de compañerismo y amistad siempre recordados.

El Profesor Ruiz-Giménez, desde su cargo de Defensor del Pueblo, me brindó la oportunidad de colaborar en una tarea apasionante en la defensa de los derechos humanos. Su talante universitario y su sensibilidad jurídica y social me sirvieron de fuente continúa de inspiración en mi trabajo al servicio de la Institución. Mi gratitud por contarme entre sus colaboradores, así como por las facilidades concedidas para la realización de este trabajo, quisiera hacerla extensiva a todos los que trabajan en esta Institución, con quienes he compartido la

ilusión y el esfuerzo al servicio de una causa noble y justa.

La legislación vigente, establece la obligatoriedad de un Director de la tesis doctoral. Más allá de la legalidad y del formalismo protocolario, quiero expresar mi gratitud y afecto al Profesor Carbonell Masiá por su magisterio, sus consejos científicos e indicaciones metodológicas, así como por la apertura a un debate vivo sobre la problemática planteada, que no han hecho más que corroborar una colaboración profesional, que viene de antiguo, y una sincera y desinteresada amistad.

Mi memoria doctoral se mueve en una línea fronteriza entre los aspectos psiquiátricos y jurídicos. Mi dedicación durante éstos cinco años a estos problemas me ha permitido familiarizarme con esta faceta, ciertamente nueva para una profesional de la Medicina, cual es el mundo del derecho. Sin embargo, en algunos aspectos concretos he contado con la inestimable ayuda del Profesor Souto Paz, catedrático de la Facultad de Derecho y Asesor del Defensor del Pueblo, a quien quiero agradecer su colaboración.

La confección e interpretación de los datos estadísticos, así como de los gráficos, ha sido realizada por Francisco Martínez, mi hermano, al que siempre encuentro dispuesto a participar.

Finalmente, quiero expresar aquí mi gratitud y afecto a María y Angelines que, en la transcripción mecanográfica de esta tesis, han demostrado, una vez más su competencia profesional y una dedicación y afecto difícilmente recompensables.

INDICE

	<u>Pág.</u>
I. INTRODUCCION	9
1. Los derechos fundamentales del enfermo mental	10
2. El enfermo mental y el derecho a la -- salud	22
2.1. Regulación constitucional	22
2.2. Legislación sanitaria	24
2.3. Legislación sobre minusválidos	31
3. Protección jurídica de la libertad del enfermo mental y de otros derechos ...	38
3.1. Protección de la libertad del/ enfermo mental	38
a) La incapacitación	41
b) Internamiento hospitalario	45
3.2. Educación	46
3.3. Protección en el ámbito laboral	50
a) Adquisición de empleo	50
b) Protección en el empleo ..	52
c) conservación del empleo ..	53
3.4. Protección social	54
4. La tutela de los derechos fundamenta-- les y el Defensor del Pueblo	57
II. OBJETIVOS	64

	<u>Pág.</u>
III. MATERIAL Y METODO	68
1. Consideraciones previas.....	69
2. Ambito competencial del Area de Asun-- tos generales	72
3. Las quejas como material de investiga- ción	77
4. Sistematización del material	83
I. Asistencia psiquiátrica	83
A. Enfermos mentales	83
1. <u>Prevención</u>	83
a) Drogas	83
b) Alcohol	84
2. <u>Tratamiento</u>	87
2.1. Ambulatorio	87
2.1.1. Consultas	87
2.1.2. Tratamiento psi co-terapéutico	89
2.1.3. Unidades extra hospitalarias.	90
2.2. Hospitalario	92
2.2.1. Hospitales psi quiátricos:	92
-Breve estancia	92
-Media estancia	93
-Larga estancia	103
2.2.2. Centros psiquiá tricos peniten ciarios	106

	<u>Pág.</u>
3. Rehabilitación	110
4. Integración social. Reinserción	120
B. Drogadictos	129
II. Protección jurídica	142
1. Tutela de la libertad y capacidad jurídica.....	142
1.1. Internamiento	142
a) Información	142
b) Autorización	143
1.2. Incapacitación	148
1.3. Tutela	150
1.4. Toxicómanos. Régimen Penitenciario	162
2. Educación	165
3. Ambito laboral	170
4. Protección social	176
IV. RESULTADOS	187
1. Introducción	188
2. Descripción de los Resultados	191
2.1. Derechos fundamentales del enfermo mental	191
2.2. Asistencia psiquiátrica	192
2.2.1. Prevención	192
2.2.2. Tratamiento	192
a) Ambulatorio	192
b) Hospitalario	193
c) Centro psiquiátricos penitenciarios	195

	<u>Pág.</u>
2.2.3. Rehabilitación	195
2.2.4. Integración. Reinser- ción	196
2.2.5. Drogadictos	196
2.3. Protección Jurídica	197
2.3.1. Tutela de la libertad. Internamiento	197
a) Información	197
b) Autorización	197
c) Hospitalización Pe- nitenciaria	198
d) Toxicómanos	198
2.3.2. Educación	199
2.3.3. Ambito Laboral	199
2.3.4. Protección social	200
V. DISCUSION	202
1. El derecho a la asistencia psiquiátri- ca	204
2. Administración sanitaria y estructuras asistenciales	206
3. La prestación psiquiátrica	211
4. Tutela jurídica del enfermo mental ...	215
5. Protección social	222
VI. CONCLUSIONES	226
VII. BIBLIOGRAFIA	235
ANEXO	246

I

INTRODUCCION

1. LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DEL ENFERMO MENTAL.

El enfermo mental, en su condición de ciudadano, goza de los derechos fundamentales reconocidos a todos los españoles en la Constitución.¹ Su disminución psíquica no le convierte en ciudadano de segunda categoría ni, por consiguiente, en un sujeto privado de los derechos comunes a los demás ciudadanos. Más bien, al contrario, goza de una especial protección asistencial y jurídica en atención a su específica minusvalía.

¹ Existe una amplia literatura jurídica sobre la Constitución, cuya enumeración aquí sería prácticamente imposible. No obstante, por la visión de conjunto y los comentarios a cada precepto constitucional, resultan de gran utilidad los siguientes estudios: ALZAGA, O., Comentarios a las leyes políticas. Constitución Española de 1978, Madrid, 1984; GARRIDO FALLA, F. Comentarios a la Constitución, Madrid, 1985; FRAILE CLIVILLES, M. Código Constitucional, Madrid, t. I, 1983, T. II, 1984, t. III, 1985.

La Constitución Española de 1978, calificada como una de las más progresivas actualmente vigentes, no se limita al reconocimiento de los derechos fundamentales de naturaleza política, sino que incluye, también, un amplio elenco de derechos sociales y económicos.² Entre ellos, y por lo que aquí interesa, hay que destacar el derecho a la salud y, específicamente, a la protección de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.³

²Entre otros autores, ha destacado esta faceta de la Constitución Española, el constitucionalista austriaco H. SCHAMBERCK, que ha afirmado lo siguiente: "... el ámbito de los derechos fundamentales clásicos, que son derechos políticos y de libertad, abarcando también derechos fundamentales de la vida social y de la existencia humana. Citense el derecho a la vida, a la protección de la salud, de la familia, de los hijos, de los padres, la participación de la juventud en la vida pública, el derecho de los disminuidos a la protección y a la rehabilitación, por destacar sólo algunos ejemplos ... Todas estas pretensiones señaladas a modo de ejemplo no son conocidas como derechos fundamentales en la Constitución austriaca; sí, por el contrario, en la Constitución española, que pretende responder de este modo a la amplia necesidad de seguridad y protección del individuo" (Significación de la Constitución Española de 1978, en "Revista de Derecho Político", vol. 14. 1982, págs. 138-139. El subrayado es nuestro).

³La doctrina jurídica ha llamado la atención sobre la especificidad del contenido del artículo 49, perfectamente subsumible en el artículo 43 -derecho a la salud-. Al hilo de esta cuestión, VIDA SORIA opina lo siguiente: "Quizá menos objetivable, pero, sin embargo, más expresivo, puede ser en este tipo de análisis la consideración de la raíz de

La Constitución reconoce, ciertamente, el derecho a la protección a la salud y, a tal fin, atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, mediante la adopción de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.⁴ En base a este precepto,

interrogarse acerca del por qué desde el principio de la gestación constitucional se optó por la inclusión de un artículo específico y no se entendió, en cambio, que la primitiva referencia a los distintos aspectos de la política social, o la misma referencia a los distintos aspectos de la política social, o la misma referencia, posterior, al sistema de Seguridad Social, podrían haber resultado suficientes al mismo objetivo. Es evidente que ese modo de proceder normativo tiene mucho que ver con la vertiente pedagógica que la Constitución quiso cumplimentar con su articulado. Y ello en dos sentidos. Por una parte, el Texto Constitucional deseó que determinados sectores, marginados, de la sociedad española se vieran protagonistas directos en la Constitución; entre ellos está claramente este colectivo de los disminuidos en sus potencialidades. Por otra parte, la Constitución deseó expresar hasta extremos muy considerables los distintos puntos en que debía expresarse ese modelo de sociedad democrática avanzada y ese modelo de Estado de Derecho que garantice un orden económico y social justo" (en obra colectiva dirigida por ALZAGA, O., Constitución Española de 1978, Madrid, 1984, vol. IV, pág. 366).

⁴El artículo 43 de la Constitución Española dice lo siguiente: "1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria,

al enfermo mental se le reconoce constitucionalmente el derecho a que el Estado provea las medidas oportunas para su adecuada asistencia psiquiátrica.

No obstante, la Constitución se ha mostrado especialmente sensible con la problemática específica de los disminuidos psíquicos y, además de este reconocimiento general del derecho a la protección a la salud de todos los españoles, ha instado a los poderes públicos a realizar una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos fundamentales de todos los ciudadanos.⁵

La Carta Magna señala a los poderes públicos las dos coordenadas en las que debe discurrir la atención que ha de prestar a los enfermos mentales: la protección asistencial y la protección jurídica. Si el primer objetivo constituye la atención primaria debida a cualquier enfermo, con las peculiaridades propias de la afección que padecen, resulta, igualmente, importante destacar la necesidad de prestar una protección jurídica específica a estos enfermos,

la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio".

⁵Vid. art. 49 de la Constitución Española.

como consecuencia de la disminución de su capacidad y responsabilidad derivada de su propia enfermedad.

La doctrina jurídica ha planteado una cuestión de notable interés en relación con la problemática que nos ocupa. Es notorio que la operatividad y exigibilidad de los derechos fundamentales contenidos en los artículos 14 al 29 -derechos y libertades- es inmediata, y, a tal efecto, en orden a la protección y tutela de estos derechos, la Constitución prevé el mecanismo procesal del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, vía que podrá utilizar el ciudadano, una vez agotada la vía judicial, cuando considere que han sido violados algunos de esos derechos fundamentales.

No gozan de igual protección jurídica, en cambio, los derechos fundamentales contenidos en los artículos 30 al 52 de la Constitución, de carácter básicamente social y económico, por lo que se ha suscitado la polémica acerca de su significado programático, carente de las características propias de un derecho subjetivo exigible ante los Tribunales.

La cuestión no resulta baladí en el tema que nos ocupa, pues de ello depende la interpretación correcta de los artículos 43 y 49 de la Constitución Española y el consiguiente reconocimiento de un derecho subjetivo del enfermo mental a la asistencia psiquiátrica con cargo a los

fondos públicos. Una interpretación que conduzca a una mera valoración programática de estos preceptos legales, permitiría concluir que los poderes públicos tienen un deber genérico o un objetivo político de establecer un sistema general de asistencia psiquiátrica a todos los ciudadanos; pero, en la medida en que se trata de un mero objetivo programático, el enfermo mental carecería, frente a los poderes públicos, del derecho subjetivo a dicha prestación exigible ante los tribunales de justicia y, por tanto, se trataría, mas bien, de una expectativa de derecho que de un derecho subjetivo propiamente dicho.

La cuestión ha sido resuelta por el Tribunal Constitucional, en diversas sentencias, al negar el carácter programático de dichos preceptos y reconocer la existencia de un derecho subjetivo deducible de dichas normas. "El Tribunal Constitucional -comenta Tomás-Ramón Fernández- ha afirmado, muy justamente, desde su primera sentencia, saliendo al paso de la retórica al uso en el régimen anterior, que no hay en la Constitución normas meramente programáticas (en el sentido de las normas vacías de mandato y huérfanas de efectos); que todos los preceptos constitucionales, por el contrario, encierran un mandato preciso que vincula en sus propios términos a todos los poderes constitucionales. Lo único que varía, eso sí, son, justamente, los términos concretos cuando operan prima facie sobre el legislador, a quien la Constitución obliga, desde luego, a convertir el

deber genérico en obligación exigible, y la mera expectativa de derecho, en derecho subjetivo en sentido propio, a través del adecuado desarrollo de dichos principios. Si la ley, al llevar a cabo el desarrollo al que la Constitución le obliga, no realiza esa labor de conversión que la propia Constitución también reclama o lo realiza de forma que el derecho no termina de alcanzar la operatividad individual y social que le es propia, incurrirá, sin duda, en un vicio de inconstitucionalidad susceptible de ser denunciado ante (y depurado por) la jurisdicción constitucional, a la que no alcanza, como vimos, la limitación que enuncia el artículo 53,3 referida únicamente a la vía ordinaria".⁶

De lo anteriormente dicho se deduce la existencia de un derecho subjetivo del enfermo mental a la asistencia y protección por parte de los poderes públicos, deducido del contenido del artículo 49 de la Constitución. El contenido de este derecho subjetivo comprende, por una parte, el derecho a la asistencia psiquiátrica propiamente dicho y, por otra parte, el derecho a la protección y tutela de los derechos comprendidos en el Título I de la Constitución.⁷

⁶ Los derechos fundamentales y la acción de los poderes públicos en "Revista de Derecho Político", vol. 15, 1982, pág. 29.

⁷ GALVEZ, J., en Comentarios a la Constitución.

Es interesante resaltar que tales contenidos constituyen una innovación en el derecho constitucional comparado y, por consiguiente, una auténtica originalidad, en este tema, de nuestra Constitución. Tan solo podrá encontrarse un antecedente remoto en el artículo 71 de la Constitución Portuguesa de 1974.⁸

Un comentario semejante cabe hacer de los textos normativos internacionales. Los principales textos sobre declaraciones de derechos humanos no hacen mención específica del enfermo mental. Es preciso remitirse a un texto específico, "la declaración de derechos del enfermo mental", aprobado el 20 de diciembre de 1971 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 2856), para encontrar una referencia concreta a los

obra colectiva dirigida por GARRIDO FALLA, F., 2ª edic., Madrid, 1985, págs. 843 y siguientes.

⁸ Dicho precepto legal dice textualmente lo siguiente:

1. Os cidadãos física ou mentalmente deficientes gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.

2. O Estado obrigase a realizar uma politica nacional de prevencao e de tratamento, reabilitacao e integracao dos deficientes, a desenvolver uma pedagogia que sensibiliza a sociedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realizacao dos seus direitos, sem prejuizo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.

derechos del enfermo mental.⁹ Indirectamente, se refiere también a esta cuestión, si bien en el

9

DECLARACION DE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL

La Asamblea General,
Consciente de la obligación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, contraída en virtud de la Carta, de adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,
Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,
Recordando los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y la Declaración de los Derechos del Niño y las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, las convenciones, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,
Subrayando que en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,
Teniendo presente la necesidad de ayudar a los enfermos mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal,
Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,
Proclama la presente Declaración de Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional para que sirva de

ámbito de la Seguridad Social, la Carta Social
Europea de 1961.¹⁰

base y de referencia común para la protección de
estos derechos:

1. El enfermo mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
2. El enfermo mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
3. El enfermo mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.
4. De ser posible, el enfermo mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.
5. El enfermo mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.
6. El enfermo mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
7. Si algunos enfermos mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si

En consecuencia, el análisis del precepto constitucional citado y la interpretación y desarrollo de los contenidos del mismo constituye un trabajo inédito, carente todavía del desarrollo legislativo y práctico, así como de la documentación

se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al enfermo mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

¹⁰ El artículo 15 de la Parte I declara que: "Toda persona inválida tiene derecho a la formación profesional y social, cualesquiera que sean el origen y la naturaleza de su invalidez". Asimismo, el artículo de la Parte II, bajo la rúbrica "Derecho de las personas físicas o mentalmente disminuidas a la formación profesional y social", dispone lo siguiente:

"A fin de asegurar el ejercicio efectivo del derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y social, las Partes Contratantes se comprometen:

1. A tomar medidas apropiadas para poner a disposición de los interesados medios de formación profesional, incluso, si ha lugar para ello, instituciones especializadas de carácter público o privado.
2. A adoptar las medidas apropiadas para la colocación de las personas físicamente disminuidas, particularmente por medio de servicios especiales de colocación, de posibilidades de empleo protegido y de medidas destinadas a alentar a los patronos a emplear personas físicamente disminuidas".

bibliográfica acorde con la importancia del tema. Con las medidas cautelares que supone adentrarse en un tema con tan escaso bagaje legislativo, jurisprudencial y doctrinal, tanto en el derecho comparado como en el derecho español, vamos a exponer, a continuación, los rasgos más sobresalientes de los diversos aspectos de los derechos del enfermo mental.

2. EL ENFERMO MENTAL Y EL DERECHO A LA SALUD.

2.1. Regulación constitucional.

Entre los derechos constitucionales reconocidos a los disminuidos psiquicos se encuentra "la atención especializada que requieran" en orden a la "prevención, tratamiento, rehabilitación e integración", consagrado en el artículo 49 de la Constitución Española.

Cabe interpretar que la "atención especializada" no es otra cosa que la asistencia psiquiátrica precisa para los objetivos propuestos: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración.

Es evidente que este derecho es el principal y específico del enfermo mental, en cuanto explicitación del derecho común de todos los ciudadanos a la salud, pero atendiendo a su particular patología, que requiere la prestación, por parte de los poderes públicos, de unos medios

instrumentales y servicios especiales apropiados a la situación propia y singular del enfermo mental.

Ciertamente, no se agotan aquí los derechos del enfermo mental que, en cuanto ciudadano, goza de aquellos que son comunes a todos los demás ciudadanos. La especificidad del enfermo mental no atribuye nuevos derechos, sino simplemente la adopción de un régimen peculiar que, atendiendo a sus propias limitaciones, haga accesible a los afectados el ejercicio efectivo de esos derechos. Por ello, será necesaria la adopción de medidas específicas en el ámbito de la educación, en el campo laboral o en el de la seguridad social; así como, en la efectiva tutela de la libertad, de la que podría ser privado, en el caso de no poder gobernarse por sí mismo, en contra de sus intereses personales, patrimoniales, profesionales, etc., si no median en su tutela y defensa los poderes públicos.

Aún cuando de estos derechos nos ocupemos en otro apartado, es evidente que el derecho más relevante y prioritario resulta, sin lugar a dudas, el derecho a la asistencia psiquiátrica, cuya prestación efectiva constituye el único medio hábil, dentro de los límites de la ciencia actual, que puede permitir al enfermo mental recuperar el estado de normalidad y la consiguiente superación de su minusvalía psíquica.

2.2. Legislación sanitaria.

El derecho constitucional a la asistencia psiquiátrica no ha encontrado todavía su reflejo adecuado en la realidad social de nuestro país. El artículo 20 de la Ley 14/1985, de 25 de abril, General de Sanidad, prevé "la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema de sanidad general" y, en consecuencia, la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieren recursos asistenciales a nivel ambulatorio, hospitalización parcial o a domicilio. Todo ello con la finalidad de "reducir al máximo posible la necesidad de hospitalización".

El precepto citado plantea dos cuestiones de especial interés:

- a) Por una parte, no consagra expresamente el derecho a la asistencia psiquiátrica en los términos expuestos en el artículo 49 de la Constitución Española, por lo que habrá que inferirlo del propio precepto constitucional y del contexto de la propia Ley de Sanidad por equiparación con otros enfermos.
- b) Por otra parte, la "progresiva implantación" del sistema encubre una indefinición manifiesta que excluye la obligación perentoria de la Administración para atender de modo inmediato las necesidades asistenciales de los enfermos mentales.

La indefinición legislativa comporta una situación de transitoriedad, que se traduce en dos aspectos concretos:

- a) el enfermo mental no encuentra el cauce adecuado para hacer efectivo el derecho a la prestación asistencial psiquiátrica pública, por lo que el derecho consagrado en la Constitución continúa siendo en la práctica más programático que operativo.
- b) las competencias en la materia, redistribuidas con nuevos criterios en la legislación vigente, que ha tenido en cuenta el nuevo diseño de las Administraciones Públicas en el Estado español, todavía no han sido plenamente desarrolladas en la práctica. En esta situación continúan ejerciendo competencias algunas Administraciones, que las tenían, de acuerdo con la legislación anterior, pero de las que carecen a tenor de la nueva legislación. Por el contrario, Administraciones, a las que la nueva legislación les ha atribuido competencias específicas en la materia, prosiguen sin ejercer dichas competencias.

Las circunstancias descritas revelan una situación de transitoriedad con graves consecuencias para la debida atención del enfermo mental: a) por una parte, la ausencia del desarrollo correspondiente de la nueva legislación mantiene al

enfermo mental en una situación de expectativa de derechos más que en la condición de titular de nuevos derechos; b) por otra parte, las Administraciones competentes, de acuerdo con la legislación anterior, no sólo no desarrollan los aspectos programáticos de la nueva legislación, sino que se encuentran en una situación de abandono de sus anteriores competencias y, por tanto, de deterioro de las propias prestaciones asistenciales.

El artículo 148, 1, 21, de la Constitución Española atribuye a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir la competencia en materia de sanidad e higiene; con exclusión, en virtud de lo dispuesto en el artículo 149, 1, 16, de la sanidad exterior, becas y coordinación general de la sanidad y la legislación de los productos farmacéuticos que constituyen competencia exclusiva del Estado.

Los Estatutos de Autonomía han asumido dicha competencia, si bien los procesos de transferencia se encuentran en estos momentos en una situación desigual en las diferentes Comunidades Autónomas. La competencia en materia de Sanidad está atribuida dentro del ámbito de sus competencias, a ciertas Comunidades Autónomas, de acuerdo con los diferentes procesos de transferencias: en cambio, otras Comunidades continúan sin ejercer dichas competencias, al no haberse realizado las correspondientes transferencias.

La situación, sin embargo, resulta más compleja por lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica. La situación transitoria, comentada anteriormente, incluye una nueva variable a la situación antedicha.

La Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944 de Sanidad Nacional impuso a las Diputaciones Provinciales la obligación de sostener instituciones de asistencia psiquiátrica (Base 23). Teóricamente esta obligación no constituía atribución de una competencia exclusiva en materia de asistencia psiquiátrica a favor de las Diputaciones Provinciales. En efecto, la Base 15 preveía la creación de:

- a) Dispensarios de higiene mental para el tratamiento ambulatorio.
- b) Departamentos neuropsiquiátricos dentro de los grandes hospitales, y clínicas psiquiátricas universitarias, destinadas al tratamiento de los enfermos agudos, en los que no esté indicado el tratamiento ambulatorio.
- c) Frenocomios u hospitales psiquiátricos, regionales o provinciales, indistintamente destinados al internamiento de enfermos crónicos o agudos.

- d) Colonias agrícolas o industriales organizadas para utilizar como terapéutica la ocupación de los enfermos crónicos.
- e) Establecimientos para la ocupación de débiles mentales, epilépticos, toxicómanos, post-encefalicos y de enfermos mentales asilables.

Sin embargo, en la práctica, la organización asistencial psiquiátrica mas importante en la actualidad es la dependiente de las Diputaciones que, al propio tiempo, han sido privadas por la Ley General de Sanidad y la Ley de Régimen Local de dichas competencias, en favor del Ministerio de Sanidad y de las Comunidades Autónomas.

La transferencia de estas competencias y de los recursos psiquiátricos de las Diputaciones a las Comunidades ha de realizarse en un plazo prefijado, pero hasta la fecha se mantiene una situación transitoria con una manifiesta inhibición de las correspondientes Administraciones competentes y con claro perjuicio para los enfermos mentales.

A todo ello hay que añadir la circunstancia singular de que la Seguridad Social no ha asumido hasta la fecha la asistencia psiquiátrica, por lo que los enfermos mentales, o bien se acogen al régimen de beneficencia en los Hospitales Psiquiátricos Provinciales, o bien han de

seguir el correspondiente tratamiento a su cargo.¹¹

La situación de transitoriedad en que se encuentra la asistencia psiquiátrica pública en España presenta una de sus más claras manifestaciones en la organización y dotación de los Centros de Atención específica.

Los objetivos de la Ley General de Sanidad se centran en la reducción al máximo posible de la necesidad de hospitalización, priorizando la atención de los problemas de la salud mental en el ámbito comunitario y en régimen ambulatorio y reservando la hospitalización, que ha de ser parcial y temporal, a las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales.

Estos objetivos tienen como contrapunto la realidad institucional y social actual que, muy alejada de aquellos planteamientos, presenta problemas graves y acuciantes para la población enferma mental.

¹¹ Una información más completa de la distribución de competencias en materia de asistencia psiquiátrica puede verse en "Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental" (Informe de la Comisión Asesora Presidida por el Profesor Ajuriaguerra), Gasteiz, 1983, págs. 208 y ss.

De entrada hay que advertir que la mayoría de esta población se encuentra internada en Hospitales Psiquiátricos Provinciales dependientes de las Diputaciones y, de otra parte, la asistencia en régimen ambulatorio carece de la organización y medios adecuados que garanticen la asistencia debida al enfermo mental.

Esta situación contrasta con las Recomendaciones y Propuestas realizadas por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que, entre otros aspectos, define los siguientes puntos de actuación:¹²

- "1. Las acciones para la protección y cuidado de la salud mental deben extenderse a todos los ciudadanos que utilicen servicios sanitarios, incluyéndose dentro de las prestaciones del Sistema General de Salud.
2. Deben garantizarse prestaciones básicas, con carácter general, a todos los enfermos psíquicos.

... ..

¹²Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma de la Psiquiatría, abril 1985, Madrid, 1985.

12. Mientras se implanta el Sistema Nacional de Salud, debe ponerse en marcha un plan de actuación coordinado, que promueva la integración y el mejor aprovechamiento de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental, con participación de las distintas Administraciones Públicas.
13. El Ministerio de Sanidad y Consumo debe promover el establecimiento de acuerdos con las Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas para el desarrollo de dicho plan, según los principios y recomendaciones elaborados por esta Comisión.
14. Las Comunidades Autónomas deben promover desde su nivel territorial la articulación de comités de enlace y coordinación adecuados en su formulación a las diferencias existentes entre las distintas nacionalidades y regiones en cuanto a su organización sanitaria, carácter uni o pluriprovincial, nivel de competencias estatutarias y transferencias recibidas.

2.3. Legislación sobre minusválidos.

La ambigüedad de la legislación sanitaria, en relación con el reconocimiento efectivo de los

derechos del enfermo mental a las prestaciones asistenciales, derivadas de su propia situación específica, con cargo a los poderes públicos, contrasta, igualmente, con la legislación general sobre minusválidos.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos resulta mucho más explícita en orden al reconocimiento del derecho del disminuido psíquico a las correspondientes prestaciones asistenciales por parte de los poderes públicos.

Los principios rectores, en que se inspira la precitada Ley, se fundamentan en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce a los disminuidos psíquicos.¹³ En este orden de cosas, constituye "una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de

¹³El artículo uno dice expresamente: "Los principios que inspiran la presente Ley se fundamentan en los derechos que el artículo cuarenta y nueve de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades ... psíquicas ... para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias".

unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social.¹⁴

Como titular de estos derechos se reconoce "a toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, con carácter congénito o no, en sus capacidades ... psíquicas ...".¹⁵ El reconocimiento de estos derechos deberá ser efectuado de manera personalizada por el órgano de la Administración que se determine reglamentariamente, previo informe de los correspondientes equipos multiprofesionales calificadores,¹⁶ extendiéndose dicho reconocimiento "a los servicios que tiendan a prevenir la aparición de la minusvalía", asimilando a dicha situación "los estudios previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una minusvalía residual".¹⁷

Entre los derechos reconocidos por la Ley 13/1982 a los disminuidos psíquicos se encuentran, entre otros, los siguientes:

¹⁴ artículo tres.

¹⁵ artículo siete, uno.

¹⁶ artículo siete, dos.

¹⁷ artículo siete, tres.

34.

- a) la prevención de las minusvalías.¹⁸
- b) la asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.¹⁹
- c) recuperación profesional.²⁰
- d) rehabilitación médico funcional.²¹

Por último, concretándonos al aspecto central de la asistencia psiquiátrica, se declara que la asistencia sanitaria "será prestada por los servicios sanitarios del sistema de la Seguridad Social, con la extensión, duración y condiciones que reglamentariamente se determinen".²²

El reconocimiento de los derechos constitucionales del disminuido psíquico aparece más claramente desarrollado en la Ley 13/1982 que en la Ley de Sanidad. La obligada interpretación integral del ordenamiento jurídico permite concluir que la ambigüedad de la legislación sanitaria debe complementarse con lo dispuesto en la Ley que

¹⁸ artículo ocho y siguientes.

¹⁹ artículo doce, dos, a).

²⁰ artículo doce, dos, e).

²¹ artículo doce, dos, f).

²² artículo trece, uno.

desarrolla expresamente el artículo 49 de la Constitución.

El derecho del enfermo mental a la asistencia psiquiátrica pública, cuya efectividad se encuentra ya en el texto constitucional, tiene un desarrollo normativo, a nivel de legislación ordinaria, en la Ley 13/1982, que permite su exigibilidad inmediata por parte del beneficiario, al imponer a la Administración la obligación inmediata de la prestación asistencial, que no podrá eximirse bajo el principio de "progresiva implantación" de dicha asistencia establecida en la Ley General de Sanidad.

A mayor abundamiento, la citada Ley reguladora de los derechos de los minusválidos dispone que "el Estado español inspirará la legislación para la integración social de los disminuidos en la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el veinte de diciembre de mil novecientos setenta y uno"²³ y en la declaración de derechos de los minusválidos, aprobada por la Resolución tres mil cuatrocientos cuarenta y siete de dicha Organización, de nueve de diciembre de mil

²³El texto íntegro de esta declaración aparece recogido supra en la nota 9.

novecientos setenta y cinco y amoldará a ellos su actuación".²⁴

El artículo 2 de la Declaración de derechos del enfermo mental de las Naciones Unidas (20-XI-1971) dice así:

- El enfermo mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y aptitudes".

La recepción en el ordenamiento jurídico español de las Declaraciones de Derechos, establecido en el artículo 10 de la Constitución, y en concreto, la recepción expresa de la Declaración de Derechos del enfermo mental, efectuada por la Ley 13/1982, viene a coincidir con lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución y en la ley citada de los minusválidos y a ratificar el derecho de los enfermos mentales a la asistencia psiquiátrica pública y la obligación de los poderes públicos a la adopción inmediata de los cauces adecuados para su prestación. Esta obligación se extiende a: la Administración del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y entidades y organismos

²⁴ artículo dos.

37.

públicos, en sus respectivos ámbitos
competenciales.²⁵

²⁵ artículo tres, dos.

3. PROTECCION JURIDICA DE LA LIBERTAD DEL ENFERMO MENTAL Y DE OTROS DERECHOS.

3.1. Protección de la libertad del enfermo mental.

La Constitución impone a los poderes públicos la obligación de prestar el amparo preciso a los disminuidos psíquicos para el disfrute de los derechos fundamentales reconocidos en el Título I de la Carta Magna. La previsión constitucional pretende garantizar que el enfermo mental no sufra limitaciones en el ejercicio de sus derechos como consecuencia de su propia minusvalía. "Las garantías de las libertades y derechos fundamentales previstas en el Capítulo IV del Título I de nuestra Constitución pueden resultar insuficientes en el supuesto del disminuido psíquico. En estos casos se requiere una especial protección que acomode el efectivo goce de aquellas libertades y derechos a las condiciones del disminuido. En este punto, la redacción del artículo 49 presenta un marcado

carácter general que impide cualquier tipo de ejemplificación".²⁶

La inconcreción constitucional -por otra parte justificada en un texto de ese rango- precisa un desarrollo legislativo que, atendiendo a las dificultades concretas que puede encontrar el enfermo mental en el ejercicio de sus derechos, arbitre soluciones adecuadas en los diferentes ámbitos del quehacer humano.

La legislación vigente atiende a esta específica problemática en ámbitos concretos, especialmente, en el ámbito laboral.²⁷

²⁶GALVEZ, J., en Comentarios a la Constitución, obra colectiva, dirigida por GARRIDO FALLA, cit. pág. 842. "No se trata, evidentemente, -añade el autor- de situar al disminuido en una posición de privilegio frente al resto de los ciudadanos. Lo único que es necesario será complementar las posibilidades individuales de los comprendidos en el sector considerado para que se dé la igualdad proporcional de posibilidades. No se puede establecer, por ejemplo, una igualdad niveladora que borre toda diferencia entre ciudadanos capacitados y disminuidos a efectos laborales; pero sí cabe reservar o fomentar la adscripción de estos últimos a puestos de trabajo que puedan ser desempeñados adecuadamente por los disminuidos".

²⁷El artículo 17.3 del Estatuto de los Trabajadores y los artículos 10 y 18 de la Ley 15/1980, de 8 de octubre, Básica del Empleo, prevén programas de fomento de empleo para trabajadores; asimismo, el artículo 4º, 1, c) del Estatuto advierte sobre la no discriminación laboral de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales.

educativo²⁸ y de la Seguridad Social.²⁹ No obstante, y al margen de estos derechos sobre los que volveremos más adelante, la privación de la libertad y de su capacidad jurídica, que los poderes públicos tienen obligación de tutelar, se manifiesta en una doble vertiente:

- a) Por una parte, su propia minusvalía psíquica obliga al legislador a privarle del ejercicio de ciertos actos jurídicos, en los que, su presunta falta de consciencia y responsabilidad puede perjudicar sus propios intereses o los de terceros. Cuando el trastorno mental es grave y duradero el legislador prevé la posibilidad de declarar la incapacitación del sujeto y el establecimiento de la consiguiente situación de tutela;
- b) Por otra parte, el internamiento hospitalario del enfermo mental constituye una exigencia, en muchos casos, del tratamiento clínico. Es

²⁸ Los artículos 49 y siguientes de la Ley 14/1970, de 4 de Agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, establecen las bases generales para el tratamiento educativo de los deficientes e incapacitados. El Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial desarrolla las bases de la citada ley.

²⁹ La Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos constituye la legislación básica de aplicación a los disminuidos psíquicos, atribuyendo a la Seguridad Social funciones específicas en relación con esta cuestión.

evidente que la privación de la libertad, que supone el internamiento del enfermo mental en un Centro Psiquiátrico, exige la adopción de una serie de medidas cautelares que garanticen la necesidad de dicho internamiento por razones clínicas y en provecho del enfermo y no por intereses espúreos de otras personas.

Además del internamiento por indicación médica o a iniciativa privada, el Código Penal prevé la posibilidad del internamiento por orden judicial, cuando el enfermo mental "hubiere cometido un hecho que la ley sancionare como delito".

a) La incapacitación.

En determinados supuestos, la enfermedad mental limita o suprime el nivel de consciencia en que se asienta la capacidad y responsabilidad de los actos humanos, por lo que el legislador prevé la nulidad de los actos jurídicos realizados o exime de responsabilidad civil o penal a sus autores. La limitación de la capacidad de obrar, y, por consiguiente, del ejercicio de los derechos del enfermo mental se encuentra en numerosos preceptos legales. Así, por ejemplo, en la celebración de contratos no pueden prestar consentimiento "los locos o dementes" (artículo 1263 C.C.); está incapacitado para testar "el que habitual o accidentalmente no se hallase en su cabal juicio" (artículo 663 C.C.). Son inhábiles por incapacidad

natural para testificar "los locos o dementes" (artículo 1246 C.C.).

Esta incapacidad de obrar no destituye al enfermo mental de su personalidad civil. La "demencia o imbecilidad ... no son más que restricciones de la personalidad jurídica. Los que se hallaren en algunos de estos estados son susceptibles de derechos, y aún de obligaciones cuando éstas nacen de los hechos o de relaciones entre los bienes del incapacitado y un tercero" (artículo 32 C.C.).

Las restricciones de la capacidad de obrar de los enfermos mentales establecidas por el legislador son tan solo una manifestación de la protección jurídica dispensada a estos ciudadanos en base a su propia minusvalía. Así, "siempre que el demente pretenda hacer testamento en un intervalo lúcido, designará el Notario dos Facultativos que previamente le reconozcan, y no lo otorgará sino cuando éstos respondan de su capacidad, debiendo dar fé de un dictamen en el testamento, que suscribirán los Facultativos además de los testigos" (artículo 665 C.C.). Esta cautela del legislador la encontramos también en relación con el matrimonio: "si alguno de los contrayentes estuviere afectado por deficiencias o anomalías psíquicas, se exigirá dictamen médico sobre su aptitud para prestar el consentimiento" (artículo 56 C.C.).

La exención de responsabilidad jurídica del enfermo mental dispuesta por el legislador comporta, no obstante, dos importantes limitaciones de la actividad jurídica del enfermo mental. Por una parte, como ya hemos dicho, la prohibición de realizar actos jurídicos, lo que supone una evidente limitación de su capacidad de obrar; por otra parte, la situación límite de privación de libertad como exigencia de su enfermedad, que puede obligar al internamiento en un centro hospitalario especializado.

En ambos supuestos, los derechos fundamentales, que cualquier ciudadano tiene reconocidos constitucionalmente, pueden verse menoscabados, por lo que se hace necesaria la adopción de medidas cautelares que eviten la expoliación del ejercicio de sus derechos sin causa justificada. Esta situación se hace más evidente si se tiene en cuenta que el legislador utiliza conceptos ambiguos e imprecisos científicamente para referirse al enfermo mental: "enajenado", "trastorno mental transitorio", "locos o dementes", "cabal juicio", "imbecilidad", etc... Por otra parte, la propia calificación de enfermo mental encubre una serie de enfermedades psíquicas muy diversas que tienen una incidencia diferente en el campo de la conducta del sujeto y, por consiguiente, en los niveles de consciencia de los sujetos y, por tanto, en la determinación del grado de responsabilidad de los actos realizados.

Para paliar esta situación, el legislador atribuye al Juez la facultad de decretar la incapacitación del enfermo mental, previo dictamen de los Facultativos, con una eficaz garantía de los derechos del disminuido psíquico. Garantía que se hace extensiva a los supuestos de internamiento y de la consiguiente privación de libertad, que requieren la intervención judicial para autorizar los ingresos y para tutelar al enfermo durante el período de tiempo que dure el internamiento.

La incapacitación y tutela judicial constituyen, así, los mecanismos previstos por el legislador para garantizar los derechos constitucionales del enfermo mental y las medidas de amparo previstas en el artículo 49 de la Constitución.

Hay que advertir, no obstante, que si bien la iniciativa de la incapacitación provendrá normalmente de los familiares del enfermo mental, según lo dispuesto en el artículo 203 del Código Civil, no puede olvidarse que, en su defecto, el legislador atribuye la obligación de suscitar el procedimiento de incapacitación al Ministerio Fiscal (artículo 203 del Código Civil). A tal fin, "las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal". La tutela del enfermo mental y su obligada incapacitación se convierte, en el supuesto

mencionado de ausencia o inhibición de la familia, en una responsabilidad de los poderes públicos.

b) Internamiento hospitalario.

La Reforma del Código Civil, realizada por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en materia de tutela supone un avance importante en orden al establecimiento de las garantías jurídicas del internamiento del enfermo mental.

Sin entrar por el momento en otras consideraciones, es importante resaltar lo dispuesto en el artículo 211 del Código Civil en relación con el internamiento del presunto incapaz. Para llevar a cabo el internamiento se precisa la previa autorización judicial, salvo en supuestos de urgencia, en que se puede proceder al internamiento, dando cuenta al Juez en un plazo máximo de veinticuatro horas.

El Juez debe examinar por sí a la persona y oír el dictamen del facultativo, como paso previo a la concesión o denegación del internamiento, poniendo los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Si autoriza el internamiento, el Juez está obligado a recabar información sobre la necesidad de proseguir el internamiento. A tal fin, cada seis meses deberá verificar la situación del enfermo, y

oído el dictamen del facultativo, prorrogar o suspender el internamiento.

En los supuestos de internamiento por orden judicial, cuando el enfermo mental hubiere cometido un delito, hay que advertir que "la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta fuere privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de esta última" (art. 9.1 del Código Penal).

Por otra parte, el Tribunal Sentenciador si lo estima procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por otras medidas, entre las que se encuentra "la sumisión a tratamiento ambulatorio" (artículo 8.1 del Código Penal).

3.2. Educación

Considerada la educación como el primer paso para la integración social del disminuido psíquico, la legislación vigente presta atención preferente a este aspecto, mediante la adopción de los siguientes criterios. Como principio general se pretende la inserción completa o parcial del disminuido psíquico en el sistema educativo ordinario, facilitada o posibilitada a través de apoyos individualizados específicos, prestados por personal especializado. Subsidiariamente, y sólo

cuando las capacidades del sujeto no han permitido dicha inserción, se recurre a su escolarización en Centros específicos.³⁰

La legislación española basa la regulación del tratamiento educativo de los disminuidos psíquicos en los siguientes principios:

- a) normalización de los servicios. Las personas disminuidas no deben utilizar ni recibir servicios excepcionales más que en los casos estrictamente imprescindibles.
- b) integración escolar. La aplicación del anterior principio al campo educativo supone la utilización por el disminuido de los servicios comunes del sistema educativo y la consiguiente integración escolar.
- c) el principio de sectorización. Implica acercar y acomodar la prestación de los servicios al medio en el que el disminuido desarrolla su vida; esto supone ordenar los servicios por sectores geográficos de población y de necesidades.

³⁰ Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial. Este Real Decreto desarrolla la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. Las bases de la Educación Especial han sido fijadas por la Ley General de Educación, 14/1970, de 4 de agosto, en sus artículos 49 y siguientes.

del principio de individualización. Se concreta en que cada educando disminuido perciba precisamente la educación que precise en cada momento de su formación.

La aplicación de estos principios supone que el disminuido psíquico recibe la atención educativa temprana anterior a su escolarización o bien en los apoyos o adaptaciones precisos para que los alumnos disminuidos o inadaptados puedan llevar a cabo su proceso educativo en los centros ordinarios del sistema escolar, en el régimen de mayor integración posible, o en los Centros o unidades de Educación Especial.³¹ La Educación Especial, como modalidad educativa, será obligatoria y gratuita, procurando los apoyos precisos gratuitos para posibilitarla desde los dos a los cinco años.

La educación del niño disminuido podrá iniciarse desde el momento en que, sea cual fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalías que aconsejen dicha atención. El objeto de la misma será corregir en lo posible las deficiencias o anomalías detectadas o, en su caso, las secuelas; prevenir y evitar la aparición de las mismas, en los supuestos de riesgo; y en general, dirigir, apoyar y

³¹ Artículo 1 del Real Decreto 334/1985.

estimular el proceso de desarrollo y normalización del niño en un ambiente de completa integración.³²

La escolarización obligatoria comenzará y finalizará a las mismas edades establecidas con carácter general para todos los escolares; excepcionalmente, podrá prolongarse hasta los 18 años, cuando existan causas que lo justifiquen y con la finalidad de superar los estudios del nivel correspondiente.

La Educación General Básica desarrollada en los Centros de Educación Especial prestará atención relevante a los procesos de socialización y al desarrollo de habilidades y destrezas manipulativas que se continuarán con las actividades de talleres, preparatorias de una Formación Profesional Específica.

La Formación Profesional Especial comenzará una vez concluidos los estudios de Educación General Básica y tendrá los mismos objetivos educativos que la Formación Profesional Ordinaria. Cuando el alumno no pueda proseguir estos estudios, por razón de su disminución o inadaptación, se procurará la capacitación del alumno en técnicas y aprendizaje profesionales que favorezcan y fomenten su desarrollo personal y su futura integración sociolaboral, a través de las modalidades de Formación

³² Artículo 5 del Real Decreto 334/1985.

Profesional Adaptada o Formación Profesional de Aprendizaje de Tareas".³³

3.3. Protección en el ámbito laboral.

La propia minusvalía del enfermo mental puede crear al afectado una situación de incompatibilidad total o parcial con la práctica de una actividad laboral. Tal circunstancia puede afectar, entre otros aspectos, a la adquisición, conservación o pérdida del empleo. En previsión de que su propia disminución pueda crear al enfermo mental una situación discriminatoria en el ámbito laboral, el legislador ha adoptado una serie de medidas cautelares y protectoras de estos afectados, que podemos sintetizar en los siguientes puntos:

a) Adquisición de empleo.

El Gobierno podrá regular medidas de reserva, duración o preferencia en el empleo, que tengan por objeto facilitar la colocación de trabajadores con capacidad laboral disminuida. Asimismo, el Gobierno podrá

³³ Artículo 8 del Real Decreto 334/1985.

otorgar subvenciones y otras ayudas para fomentar el empleo de dichos trabajadores.³⁴

Con la misma finalidad de facilitar la ocupación laboral del disminuido psíquico, cuando la naturaleza o las consecuencias de sus minusvalías, provisional o definitivamente, impidan al disminuido ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, el legislador ha previsto la creación de Centros especiales de Empleo y Centros Ocupacionales, a los que podrán acogerse los afectados, de acuerdo con las valoraciones efectuadas por los equipos multiprofesionales.³⁵

Los Centros Especiales de Empleo son aquellos cuyo objetivo principal sea la realización de un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad asegurar un empleo remunerado y de prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos.³⁶

³⁴ artículo 57.3 del Estatuto de los Trabajadores. Vid, también, arts 37 y siguientes de la Ley 13/1982.

³⁵ artículo 42, Ley 13/1982.

³⁶ artículo 42, Ley 13/1982.

Los Centros Ocupacionales, por su parte, tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una Empresa o en un Centro Especial de Empleo.³⁷

b) protección en el empleo.

Se garantiza la no discriminación por disminución psíquica para el empleo o una vez empleados, siempre que los afectados se hallaren en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate.³⁸ Como medida cautelar para garantizar el principio de no discriminación, se establece que se entenderán nulos y sin efectos los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales de las Empresas que supongan en contra de los minusválidos discriminaciones en empleo, en materia de

³⁷ artículo 57, Ley 13/1982.

³⁸ artículo 4.2 c) del Estatuto de los Trabajadores.

retribuciones, jornadas y demás condiciones de trabajo.³⁹

c) conservación del empleo.

Se establecen las medidas oportunas para la readmisión por la Empresa, una vez terminado el correspondiente proceso de recuperación.⁴⁰

En la misma línea de tutela en la conservación del empleo, cabe situar la Sentencia del Tribunal Supremo, de 26 de enero de 1987, en la que considera improcedente el despido de una trabajadora sometida a tratamiento psiquiátrico. En los fundamentos jurídicos de dicha Sentencia se mantiene la siguiente doctrina:

"Aunque se declara probado que la demandante, operadora de teleproceso en la Agencia Urbana del Banco recurrente, dispuso en su propio beneficio de parte de los fondos que tenían depositados en aquella 3 entidades, sin que mediaran las correspondientes órdenes de estas, también lo está que la misma estaba sometida a tratamiento psiquiátrico y se encontraba

³⁹ artículo 38.2 de la Ley 13/1982.

⁴⁰ artículo 40 de la Ley 13/1982.

afectada de un grave trastorno de la personalidad, etiquetable dentro del concepto de personalidad insana, atípica, con rasgos esquizoides e impulsivo-psicopática, presentando anomalías cerebrales detectables en el electroencefalograma y manifestándose dicha patología en una personalidad con tendencias a la descompensación en forma de distimias y alteraciones conductuales impulsivas, y reflexivas, antinormáticas y con cierto carácter de absurdidad e invalidez en cuanto a su teología, con afectación de la conciencia, especialmente en su actitud reflexiva y crítica, cuadro clínico que repercute en su imputabilidad, determinando la ausencia de la misma, no siendo, por tanto, su proceder sancionable con el despido disciplinario por la causa prevista en el artículo 54.2 d) ET".

3.4. Protección Social.

El disminuido psíquico que, por no desarrollar una actividad laboral, no esté incluido en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social, tendrá, sin embargo, derecho a una serie de prestaciones sociales, entre las que se encuentran, las siguientes:

- a) asistencia sanitaria y farmacéutica.

- b) subsidio de garantía de ingresos mínimos.
- c) subsidio por ayuda de tercera persona.
- d) subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte.
- e) recuperación profesional.
- f) rehabilitación médico-funcional.

La asistencia sanitaria y farmacéutica "será prestada por los servicios sanitarios del sistema de la Seguridad Social con la extensión, duración y condiciones que reglamentariamente se determinen".⁴¹ Igualmente, los disminuidos tendrán derecho a beneficiarse de las prestaciones de recuperación profesional de la Seguridad Social.

A pesar de los preceptos legales invocados, la Seguridad Social sostiene que "la hospitalización por motivos psiquiátricos no está prevista como prestación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social". Frente a esta actitud, el Tribunal Central de Trabajo ha reiterado la obligación de la Seguridad Social de asumir dicha prestación. Recientemente, el Tribunal Supremo ha

⁴¹ artículo 13 de la Ley 13/1982.

confirmado esta posición jurisprudencial al pronunciarse en los siguientes términos:

"... del relato histórico de la sentencia recurrida, completado en este punto con las afirmaciones de carácter fáctico que contiene su fundamentación jurídica, se deduce que fue el propio facultativo de la Seguridad Social quien prescribió el internamiento, por ser éste necesario para el tratamiento de la esquizofrenia que padecía el beneficiario, y que dicho internamiento no pudo ser prestado por la entidad gestora pese a haber sido solicitado reglamentariamente, ha de concluirse que se trata de una prestación comprendida dentro de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que debe correr a cargo de la misma conforme a lo dispuesto en el párrafo in fine del citado artículo 19.1, a tenor del cual cuando los internamientos no quirúrgicos no puedan efectuarse en ninguna institución cerrada de la Seguridad Social podrán llevarse a cabo en cualquier establecimiento de la red hospitalaria nacional que cuente con instalaciones adecuadas siendo los gastos ocasionados en tales casos por cuenta de la Seguridad Social ..."

4. LA TUTELA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y EL DEFENSOR DEL PUEBLO.

La Constitución reconoce y enumera una prolija tabla de derechos fundamentales del ciudadano. Tales derechos vinculan a todos los poderes públicos y su tutela podrá invocarse ante los Tribunales Ordinarios y, en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

Para reforzar esta garantía jurídica y para facilitar la tutela efectiva de tales derechos, la Constitución ha creado una institución nueva en nuestro sistema jurídico, aunque de notable tradición en otros países occidentales: el Defensor del Pueblo. La propia Constitución lo define como "Alto Comisionado de las Cortes Generales, designado por éstas para la defensa de los derechos comprendidos en este Título I, a cuyo efecto podrá

supervisar la actividad de la Administración, dando cuenta a las Cortes Generales".⁴²

La figura del Defensor del Pueblo encuentra su antecedente en el Ombudsman,⁴³ figura creada en Suecia en 1809 y que se ha extendido a numerosos países, de tal manera que en la Comunidad Económica Europea existe en todos los países salvo Bélgica, Grecia y Luxemburgo. Aunque por lo general se ha mantenido el nombre de Ombudsman, en algunos Estados dicha denominación ha sido modificada por la de Comisionado Parlamentario (Reino Unido), Mediador (Francia), Proveedor de Justicia (Portugal), Defensor del Pueblo (España).

El Ombudsman tiene como finalidad la tutela de los derechos fundamentales del ciudadano frente a la Administración. Para una defensa más eficaz de estos derechos, en algunos países se ha

⁴² artículo 54 de la Constitución.

⁴³ Existe ya una amplia bibliografía española sobre el Defensor del Pueblo, de la que entresacamos los siguientes títulos:

ARADILLAS, Antonio. Todo sobre el Defensor del Pueblo, Barcelona, 1986; FAIREN GUILLEN, Víctor, El Defensor del Pueblo, Madrid, 1982; GIL ROBLES Y GIL DELGADO, Alvaro, El control parlamentario de la Administración, Madrid, 1977; El Defensor del Pueblo, Comentarios. En torno a una proposición de Ley Orgánica, Madrid, 1979; GINER DE GRADO, Carlos, El Defensor del Pueblo en la teoría y en la práctica, Madrid, 1986; los Ombudsmen, Defensor del Pueblo, europeos, Madrid, 1986.

creado esta figura para ámbitos sectoriales determinados: salud, juventud, anticorrupción, etc. También se ha adaptado esta Institución para ámbitos territoriales inferiores al estatal, normalmente de ámbito regional. Así, en España en diversos Estatutos Autonómicos se ha previsto la instauración del Defensor del Pueblo; en la actualidad, están ya funcionando, el Síndic de Greuges (Cataluña), el Defensor del Pueblo Andaluz y el Diputado del Común de Canarias; están pendientes de nombramiento y puesta en marcha O Valedor do Pobo (Galicia), el Ararteko (País Vasco) y el Justicia de Aragón.

La Ley 3/1981, de 6 de abril, desarrolla el artículo 54 de la Constitución y, en consecuencia, la Institución del Defensor del Pueblo en todo el ámbito estatal. Para el cumplimiento de su misión, el Defensor del Pueblo podrá iniciar y proseguir, de oficio o a petición de parte, cualquier investigación conducente al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la Administración Pública y sus agentes, a la luz de lo dispuesto en el artículo 103.1 de la Constitución y el respeto debido a los derechos proclamados en su Título Primero.⁴⁴ En este ámbito quedan comprendidas las actividades de los Ministros, autoridades administrativas, funcionarios y cualquier persona que actúe al servicio de las Administraciones Públicas.

⁴⁴ Artículo 9 de la Ley Orgánica 3/1981.

En las investigaciones iniciadas de oficio o a instancia de parte, el Defensor del Pueblo, o la persona en quien delegue, podrá personarse en cualquier Centro de la Administración Pública dependiente de la misma para comprobar cuantos datos fuere menester, hacer las entrevistas personales pertinentes o proceder al estudio de los expedientes y documentación necesaria. A estos efectos no podrá negárseles el acceso a ningún expediente o documentación administrativa o que se encuentre relacionada con la actividad o servicio objeto de la investigación,⁴⁵ incluidos aquellos calificados con el carácter de secretos de acuerdo con la Ley. La negativa de la entrega de estos últimos documentos requiere acuerdo previo del Consejo de Ministros.⁴⁶

La obstrucción en la investigación del Defensor del Pueblo, por parte de la autoridad o funcionario correspondiente, mediante la negativa o negligencia en el envío de los informes que solicite, o en facilitar su acceso a expedientes o documentación administrativa necesaria para la investigación, dará lugar al delito de desacato.⁴⁷

⁴⁵ Artículo 19 de la Ley Orgánica 3/1981.

⁴⁶ Artículo 22 de la Ley Orgánica 3/1981.

⁴⁷ Artículo 24,2 de la Ley Orgánica 3/1981.

Con ocasión de sus investigaciones, el Defensor del Pueblo podrá formular a las autoridades y funcionarios de las Administraciones Públicas advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.⁴⁸ Aún no siendo competente para modificar o anular los actos y resoluciones de las Administraciones Públicas podrá, sin embargo, sugerir:

- a) la modificación de los criterios utilizados para la producción de los actos administrativos;
- b) La modificación de las normas, si llega al convencimiento de que su cumplimiento riguroso puede provocar situaciones injustas o perjudiciales para los administrados.

Cuando no sean acogidas sus recomendaciones, por falta de respuesta o de adopción de las medidas adecuadas, el Defensor del Pueblo pondrá en conocimiento de la máxima autoridad de la Administración afectada, los antecedentes del asunto y las recomendaciones presentadas. Si tampoco obtuviere una justificación adecuada, incluirá tal asunto en su informe anual o especial, con mención de los nombres de las autoridades o funcionarios que

⁴⁸ Artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981.

hayan adoptado tal actitud, entre los casos en los que, considerando el Defensor del Pueblo que era posible una solución positiva, ésta no se ha corregido.⁴⁹

En la tutela de los derechos fundamentales, el Defensor del Pueblo, cumplidos los trámites procesales y si hubiere fundamento jurídico para ello, podrá interponer ante el Tribunal Constitucional recurso de amparo contra el acto administrativo que causara lesión de un derecho fundamental al promovente de la queja.⁵⁰

También podrá presentar recurso de inconstitucionalidad contra cualquier ley -dentro de los plazos legales previstos- que, a su juicio, conculque algún precepto constitucional.⁵¹

En el ámbito de las facultades conferidas al Defensor del Pueblo, que acabamos de reseñar, en relación con la defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos y la supervisión de

⁴⁹ Artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981.

⁵⁰ Artículo 162, b, de la Constitución; artículo 46.1.b), Ley Orgánica 2/1979 del Tribunal Constitucional; artículo 29 de la Ley Orgánica 3/1981.

⁵¹ Artículo 162, a, de la Constitución; artículo 32.1.b) de la Ley Orgánica 2/1979 del Tribunal Constitucional; artículo 29 de la Ley Orgánica 3/1981.

la Administración, se inscribe, como una de sus tareas más nobles e importantes, dada la disminución psíquica de los afectados, la defensa de los derechos fundamentales del enfermo mental. Tal defensa, como hemos indicado anteriormente, presenta una doble vertiente:

- a) La vigilancia de la asistencia psiquiátrica que recibe o debe recibir como una exigencia del derecho a la salud (artículo 43 de la Constitución Española) y de la especial protección debida a los disminuidos psíquicos (artículo 49 de la Constitución Española).
- b) La protección jurídica de los enfermos mentales, que alcanza su máxima significación en la obligada intervención judicial en los supuestos de internamiento, y, por tanto, de privación de libertad, mediante la incapacitación y la subsiguiente tutela judicial, de acuerdo con lo previsto en el artículo 211 del Código Civil.

64.

II
OBJETIVOS

La descripción de los derechos fundamentales del enfermo mental, expuesta en la Introducción, pone de manifiesto el carácter progresista de nuestra Constitución y de la legislación que la desarrolla. Las medidas protectoras de los disminuidos psíquicos no encuentran parangón en ninguna otra Constitución, siguiendo fielmente e, incluso, sobrepasando los derechos reconocidos en los textos internacionales más modernos.

La obligación de los poderes públicos de prestación de la asistencia psiquiátrica en sus diversas modalidades: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social y la protección jurídica del disminuido psíquico, en el ejercicio de los derechos comunes a todos los ciudadanos, por parte de los poderes públicos, sitúa a la legislación española en unos niveles difícilmente superables por las legislaciones socialmente más avanzadas.

Es frecuente investigar la realidad de un país a través de su legislación; sin embargo, no es

menos frecuente observar cómo las distancias entre la legislación y la realidad social son tan notables, que una investigación unilateral -limitada al estudio de las normas jurídicas- da como resultado una imagen absolutamente falsa y distorsionada de la realidad social.

Esta memoria doctoral tiene como objetivo prioritario contrastar el deber ser propuesto por el legislador con la situación real de la asistencia psiquiátrica pública en España. Verificar el grado de operatividad de los derechos reconocidos legalmente al enfermo mental, el nivel de cumplimiento de las normas reguladoras en esta materia y las medidas adoptadas por los poderes públicos para hacer realidad las prescripciones legislativas constituyen, en definitiva, el objetivo marco de esta investigación.

Es evidente que la investigación de la realidad social y, en concreto, de la praxis de la asistencia psiquiátrica pública puede encauzarse por diversos derroteros, utilizando vías y caminos diversos. Dentro de sus limitaciones, nuestra investigación se va a centrar en el análisis y valoración de la documentación publicada por el Defensor del Pueblo, referida a esta materia.

La intervención del Defensor del Pueblo en la tutela de los derechos fundamentales del enfermo mental, realizada de oficio o a instancia de parte, constituye un campo de estudio específico de uno de

los ámbitos competenciales más significativos de este organismo constitucional. Su condición de Alto Comisionado de las Cortes Generales para la tutela de los derechos fundamentales del ciudadano adquiere un relieve especial al referirse a quienes por su propio desvalimiento requieren de una forma más intensa y especial su protección.

El estudio de esta documentación permitirá conocer, en gran medida, la realidad de la asistencia psiquiátrica pública, cuando menos en el nivel de denuncia que los propios afectados o sus familiares hacen llegar a dicha Institución.

Las carencias denunciadas permitirán establecer el elemento de contraste oportuno entre los derechos del enfermo mental legalmente reconocidos y el grado de incumplimiento en un nivel operativo concreto, en el que los derechos pueden quedar vacíos de contenido por ausencia de estructuras asistenciales públicas o inexistencia de las prestaciones debidas.

68.

III
MATERIAL Y METODO

1. CONSIDERACIONES PREVIAS.

De acuerdo con la propuesta formulada en los OBJETIVOS, los materiales utilizados para la presente investigación se circunscriben a la documentación obrante en el Defensor del Pueblo, en relación con la asistencia psiquiátrica, y que por haber sido publicada en los Informes Generales de la Institución han perdido su carácter de documentación reservada y, por tanto, son susceptibles de investigación por parte de los estudiosos e investigadores.

La organización interna del Defensor del Pueblo se articula a través de la distribución por áreas de competencias materiales, resultando doce áreas dedicadas a las siguientes materias: 1) Presidencia y Asuntos Exteriores. 2) Defensa e Interior. 3) Justicia. 4) Hacienda y Economía. 5) Administración Territorial. 6) Trabajo. 7) Sanidad y Consumo. 8) Seguridad Social y Bienestar. 9) Obras Públicas y Urbanismo. 10) Transportes y Comunicaciones. 11) Educación y Cultura. 12) Asuntos Generales.

La documentación relativa a asistencia psiquiátrica se encuentra adscrita al área número 12 denominada Asuntos Generales. En la práctica recibe también la denominación de Área de Asistencia Psicológica y Psiquiátrica.

La denominación originaria de Asuntos Generales responde a la idea inicial de remitir a este Área aquellos escritos que, si bien por razón de la materia serían de adscripción a otra área, sin embargo, por las características peculiares del mismo, necesitan un peritaje psicológico previo para apreciar la personalidad del sujeto y la valoración del caso planteado.

Como se explica más adelante, además de este ámbito competencial general, el Área 12 se ocupa específicamente de aquellos asuntos que directamente plantean cuestiones de asistencia psiquiátrica, en sus variadas vertientes.

La documentación utilizada que como hemos dicho se encuentra publicada en los Informes Generales de la Institución, se refiere a expedientes o quejas, según la terminología de la Ley 3/1981 del Defensor del Pueblo, que recogen la petición del promovente con exposición sucinta de los hechos, así como la tramitación posterior realizada por la Institución.

Por la propia naturaleza de esta documentación, en este trabajo se reproducen las quejas fielmente, tal como aparecen en los citados Informes, sin ninguna adición o rectificación, limitando precisamente el ámbito de la investigación al contenido expuesto en la referida documentación.

Por nuestra parte, nos hemos limitado a clasificar este material de acuerdo con la sistemática que preside esta investigación y que viene dada, en gran parte, por la delimitación de los derechos del enfermo mental, cuya exposición se ha realizado en la INTRODUCCION, y que son tutelables por el Defensor del Pueblo. Conviene advertir, no obstante, que cada queja plantea, en ocasiones, problemas diversos, por lo que su ubicación sistemática se ha hecho atendiendo al aspecto más relevante, a nuestro juicio, pero sin renunciar a considerar los demás aspectos en los apartados correspondientes.

2. AMBITO DEL AREA DE ASUNTOS GENERALES.

El contenido del Area de Asuntos Generales tiene unas connotaciones específicas que determinan su trabajo en una doble vertiente:

Por un lado, atiende a las demandas que la propia Institución solicita como apoyo para la valoración psicosocial de algunos casos y, por otro, está al servicio del Defensor del Pueblo para aquellos asuntos que en materia de asistencia psiquiátrica le plantean los ciudadanos.

En la tramitación de las quejas referidas a la asistencia psiquiátrica, ha sido preocupación esencial de la Institución propiciar un acercamiento entre los ciudadanos, sus familias y la Administración.

La gran mayoría de las actuaciones se han llevado a cabo, no solamente con la colaboración que por la Ley están obligados a prestar los poderes públicos, sino por el celo de muchas personas que por

su condición profesional o su responsabilidad política o social, han sido requeridas.

En algunas ocasiones, según hemos podido recoger, la valoración "in situ" de las actuaciones ha sido facilitada enormemente con la ayuda y el interés de los Asistentes Sociales de las Juntas Municipales, Directores de Centros de Internamiento y otros profesionales de la Medicina.

Se han resumido en dos grandes grupos la tipología de las quejas registradas en el Area de Asuntos Generales:

1) El Sector de la asistencia psicológica que se integra por los siguientes apartados:

- Quejas recibidas directamente del Registro de Entrada por haber considerado los lectores que eran escritos carentes de fundamento.
- Quejas traspasadas de otras Areas por "no admisión a trámite" y suponerse personas con alteraciones psicológicas.
- Informes evacuados desde el area de asistencia psicológica a otras áreas para la tramitación posterior desde ellas, teniendo en cuenta el peritaje psicológico.

- Los escritos que se han calificado como carentes de fundamento son relatos incoherentes y a veces claramente delirantes, enviados presumiblemente por enfermos psíquicos y de los que no es difícil hacer un diagnóstico psicopatológico aproximado, por el asesor, a veces corroborado por el mismo interesado o por sus familiares, en escritos posteriores. Tienen un contenido muy variable y pueden hacer referencia a las materias propias de cualquier área (Justicia, Interior, Sanidad, Trabajo), si bien, para una codificación interna del Área se han clasificado en los siguientes cuadros:

- Paranoides persecución.
- Paranoides autorreferencia.
- Paranoides reivindicación.
- Paranoides pasionales.
- Esquizofrénicos.
- Depresivos.
- Otros.

Los agrupados con delirio esquizofrénico se han considerado teniendo en cuenta que, en la descripción se observen claramente los síntomas primarios de Kurt Schneider o si en el expediente consta documentación clínica adjunta con el diagnóstico de esquizofrenia.

Cada carta respuesta a este tipo de escritos se ha hecho de forma individualizada, donde se explica la limitación de la competencia del Defensor del Pueblo en aplicación de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, añadiendo información u orientación útil para el interesado (la mayoría son de ámbito privado).

En muchas ocasiones, el interesado vuelve a insistir enviando múltiples escritos y documentación, con el fin de cambiar la decisión del Defensor, pero sin referirse a hechos nuevos o, aportar más datos al caso y transformándose en lo que en algunos países llaman un "quejoso-crónico".

Se ha recogido en la correspondencia posterior la gratitud de estas personas, que por su idiosincrasia suelen manifestar reiteradamente sus pretensiones ante otros Organismos Públicos y según ellos, por primera vez han recibido contestación.

2) El grupo de Asistencia Psiquiátrica se refiere a la Salud Mental en toda su dimensión:

- Personas ingresadas en Centros Psiquiátricos Hospitalarios.
- Personas que tienen familiares o vecinos enfermos psíquicos, que precisan cualquier tipo de tratamiento.
- Personas con enfermedades demenciales y gran deterioro, que no tienen asistencia.
- Personas enfermas psíquicas o minusválidos, subsidiarios de servicios sociales.
- Enfermos psíquicos penados, internos en Centros Psiquiátricos Penitenciarios.
- Drogadictos sin medios económicos y sin tratamiento adecuado.
- Niños deficientes mentales sin escolarizar y sin tratamiento especial.
- Enfermos mentales en paro sin percibir prestación económica.

Para poder centrar con más facilidad el estudio realizado en el tema de la asistencia psiquiátrica creemos conveniente señalar algunos datos estadísticos generales facilitados por el Area de Informática y Documentación de la Institución, así como unas líneas generales del seguimiento de las quejas. (Anexo)

3. LA QUEJA COMO MATERIAL DE INVESTIGACION

El modo de presentar una queja al Defensor del Pueblo es muy sencillo. Basta con enviar un escrito o una carta a esta dirección.

Sr. Defensor del Pueblo
Eduardo Dato, 31
28010 MADRID

No existe formulario especial, ni se necesita poner póliza o utilizar papel timbrado. La carta puede ir escrita en papel normal.

Lo importante es que conste, claramente, el nombre y los apellidos del interesado, así como el domicilio o el apartado de correos a que haya de remitirse la respuesta.

La correspondencia enviada al Defensor del Pueblo por quienes vivan en cualquier internado (cárceles, asilos, hospitales), no podrá ser censurada bajo ningún pretexto.

En la carta hay que explicar brevemente los hechos que dan motivo a la queja, y las razones por las que se piensa que se tiene derecho a formular la reclamación, acompañando, en su caso, fotocopias de los documentos que posean en relación con el problema planteado.

En casos excepcionales se puede enviar un telegrama exponiendo la situación. Pero, acto seguido habrá que dirigir el escrito con los datos más fundamentales.

En cuanto llega el escrito del reclamante a la oficina del Defensor, queda inscrito en el Registro. Inmediatamente se remite al ciudadano un acuse de recibo personal, en el que se comunica que su queja ha quedado registrada con un número determinado, al que deberá hacerse referencia, si posteriormente se añaden más datos o se solicita más información.

Superada esta primera fase de inscripción la queja pasa a ser estudiada detalladamente por el Defensor, quien ante todo deberá decidir sobre su admisión o no admisión.

El Defensor del Pueblo no podrá admitir ni tramitar aquellas quejas, que adolezcan de las siguientes causas de inadmisibilidad:

- Si se trata de una queja anónima.

- Si el propio Defensor advierte en la queja mala fé, carencia de fundamento o inexistencia de pretensión.
- Si la tramitación de las quejas va a suponer un perjuicio al legítimo derecho de terceras personas.
- Si el asunto está pendiente de resolución judicial.
- Si después de haber acudido al Defensor del Pueblo, el recurrente interpone una demanda o un recurso ante los tribunales ordinarios o ante el Tribunal Constitucional.
- Quedan al margen de su competencia, las cuestiones de índole jurídico-privada para los que están abiertas las vías judiciales, con intervención de procuradores y abogados en libre ejercicio profesional y, en su caso, los de "turno de oficio", designados a través de los respectivos colegios profesionales.

Superada la barrera de su admisión, se entra en la fase de actuación del Defensor, quien planteará el problema a la Administración e iniciará las gestiones oportunas cerca del Organismo, autoridad o funcionario competente con el fin de investi--

gar y esclarecer las razones que han dado lugar a esa queja.

Para ello, se dirige al órgano correspondiente en la mayoría de los casos por escrito, planteándole el problema y exponiendo los motivos que, a su entender, justifican su actuación.

El responsable del Organismo o dependencia administrativa correspondiente deberá responder por escrito en un plazo no superior a quince días. Tal plazo será ampliable cuando concurren circunstancias especiales que así lo aconsejen a juicio del Defensor.

Transcurrido este plazo de dos semanas y recibida la respuesta de la Administración, el Defensor analizará el contenido del escrito.

En este momento se pueden producir los siguientes supuestos:

1. La reclamación ha sido considerada justa por la Administración, quien reconoce su error y está dispuesta a subsanarlo. El Defensor comunica entonces, tanto al reclamante como al organismo pertinente, que la queja ha quedado favorablemente resuelta.

2. Puede suceder que la Administración demuestre con evidencia que el reclamante no tenía razón, porque no se había cometido ninguna infracción

legal, lo que también transmite el Defensor al reclamante, dando por concluida la investigación.

3. La hipótesis tercera consiste en estimar que no son totalmente convincentes las razones alegadas por la Administración o que por imperativos de justicia o razones de equidad, ha de seguir actuando.

El Defensor del Pueblo, si estima que el informe del órgano de la Administración no es satisfactorio o proporcione elementos de juicio insuficientes, o si considera que es oportuno conocer directamente la documentación que estime conveniente, puede por sí mismo comprobar cuantos datos fuera menester, hacer las entrevistas personales pertinentes o proceder al estudio de los expedientes y documentación necesarios.

En este supuesto, al Defensor del Pueblo se le reconocen las más amplias facultades de inspección e investigación, y los funcionarios públicos tienen obligación -expresamente establecida en la L.O.D.P.- de auxiliar, con carácter preferente y urgente, al Defensor del Pueblo en sus investigaciones e inspecciones.

Concluida la investigación por el Defensor la Institución dispone ya de elementos de juicio para establecer una conclusión y, por lo tanto, emitir un dictamen o una toma de posición sobre el asunto planteado. Las resoluciones del Defensor son, tam--

bién de gran amplitud en cuanto a carácter. La Ley habla de "advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas". (art. 30 L.O.D.P.).

Finalmente, el Defensor del Pueblo tiene la facultad de dirigirse a las Cortes Generales para exponer, tanto en su Informe Anual como a través de sus informes extraordinarios los casos que ha investigado, los resultados de la investigación, las resoluciones formuladas ante las administraciones públicas, las respuestas dadas por los órganos administrativos, las recomendaciones admitidas por éstos, y los casos en que los órganos administrativos no hayan atendido las resoluciones de la Institución.

4. SISTEMATIZACION DEL MATERIAL.

1) ASISTENCIA PSIQUIATRICA.

A. ENFERMOS MENTALES.

1. Prevención.

a) Drogas.

QUEJA número 4.900/85. La interesada es hermana de una estudiante de Psicología, que actualmente vive en Dinamarca, incorporada a una secta que, al parecer, se dedica a la rehabilitación de drogadictos. Según nos manifestaba su hermana, está completamente trastornada por las influencias que recibe de esas personas y ella se ha informado de que solamente sufriendo una "desprogramación" podría ser recuperada.

Se dirigía a nuestra Institución para que tuviéramos conocimiento de las circunstancias que concurren en estas asociaciones que -según ella- con un tinte aparentemente benefactor, como es la

rehabilitación de toxicómanos, producen trastornos irreparables en las personas sobre las que actúan.

QUEJA número 5.209/86. Escribe un ex-toxicómano desde un Centro privado de Rehabilitación para pedir que el Defensor informe a la gente que sufre esta enfermedad que se pongan en tratamiento, porque pueden llegar a curarse como él.

QUEJA número 12.640/86. El interesado manifiesta que tiene conocimiento de cuatro centros de toxicomanías ilegales, donde trabajan personas no cualificadas y que tampoco disponen de contrato laboral. Considera que esto es una gran estafa, porque a los enfermos les hacen promesas de tratamiento que no cumplen.

Se ha solicitado ampliación de datos para intervenir en la forma pertinente.

b) Alcohol.

QUEJA número 1.945/85. Presentaron un escrito los delegados de curso del Instituto Politécnico de Formación Profesional Federico García Bernal de Salamanca.

Han tenido una acampada donde han realizado debates, entre ellos uno en torno a la droga, y han querido remitir al Defensor del Pueblo las conclusiones:

- Necesidad de que se especifiquen las cantidades de cada estupefaciente y la consideración de tráfico-consumo.
- Creación de centros especializados para la rehabilitación de toxicómanos y alcohólicos.
- Educación escolar.

El Defensor del Pueblo contestó a este escrito enviando el Informe Anual de 1983 emitido por este Área sobre las drogodependencias y que fué expuesto ante las Cortes Generales.

QUEJA número 9.359/85. La interesada manifestaba su repulsa por el consumo de drogas entre jóvenes y más concretamente en los menores, porque, al parecer, ha presenciado como en la calle a las ocho de la mañana varios muchachos, entre quince y dieciséis años, bebían vino. Pregunta cómo es posible que se permitan estas situaciones, que cada vez son más frecuentes, en las calles de Madrid.

En relación con este tema, esta Institución se había dirigido al señor Alcalde de Madrid para exponer los problemas derivados de la marginación y mendicidad infantiles.

QUEJA número 2.452/86. Se dirigió a nosotros el Presidente de la Federación Andaluza de Alcohólicos Rehabilitados para manifestar su pretensión de que el enfermo alcohólico sea reconocido dentro de las prestaciones integras de la Seguridad Social y, al mismo tiempo, para darnos a conocer las Conclusiones del Tercer Congreso Andaluz de Alcohólicos Rehabilitados, que resumimos a continuación:

- "1. Asunción por parte de la Administración del abordaje integral del alcoholismo en los aspectos bio-psico-sociales de la enfermedad.
2. Propiciar la creación de Asociaciones en aquellos lugares específicos, justificados por la demanda y que carezcan de ellas.
3. Exigir de la Administración el cumplimiento riguroso sobre limitaciones vigentes, para que no consuman ni se expendan alcohol a los menores de 16 años.
4. Utilización de los recursos técnicos y humanos de las Asociaciones en el

desarrollo de los Planes de Prevención Primaria de los alcoholismos, destacando programas específicos hacia el alcoholismo femenino y la juventud.

5. Apoyar y potenciar las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, por cuanto constituyen un recurso válido en la atención primaria de la Salud."

2. Tratamiento.

2.1. Ambulatorio.

2.1.1. Consultas.

QUEJA número 3.046/85. Se dirigió a la Institución una muchacha de quince años, hija de una familia de seis hermanos, donde su padre es alcohólico y un hermano de dieciocho años padece alteraciones de conducta siendo agresivo, especialmente con sus hermanos menores de once y ocho años respectivamente. Han visitado a varios especialistas y han intentado ingresarle en Hospitales Psiquiátricos, sin conseguirlo, porque según refieren, las crisis de agresividad se producen cada cierto tiempo.

Adjuntaba, también, la interesada informes donde el propio especialista de la Seguridad Social

indicaba la necesidad de un internamiento, pero sin que se hubiera podido conseguir ingresarle. Por fin, esta familia sin recursos económicos, había tenido que acudir a un Hospital privado, donde el hermano se estaba recuperando, pero no podían seguir haciendo frente a los gastos ocasionados.

En la gestión de esta queja, se acudió al Hospital Psiquiátrico de Bétera, donde un equipo multidisciplinar ha valorado la situación clínica de este paciente y le ha ofrecido un programa de tratamiento, que ha iniciado desde la salida de su internamiento en la clínica privada, con grandes resultados, por lo que hemos podido dar por concluida esta queja.

QUEJA número 5.273/85. El reclamante tiene dos hijos que sufren esquizofrenia, uno de veinticinco años lleva ya trece enfermo y ha estado internado en el Hospital Psiquiátrico de Murcia en varias ocasiones. En el momento de remitir el escrito estaban próximos a que les dieran el alta médica. En casa tiene otra hija que también sufre enfermedad psíquica, por lo que la convivencia entre los dos hermanos es muy difícil. La pretensión del interesado era que continuase el tratamiento hospitalario para el hijo mayor.

Se inició la investigación con el Hospital Psiquiátrico "El Palmar" de Murcia, donde se nos facilitó información precisa de la enfermedad y del

tratamiento necesario del enfermo que había estado ingresado allí.

Era criterio del personal médico que este paciente se viera beneficiado durante los periodos menos graves de su enfermedad de un tratamiento ambulatorio, controlado por los mismos médicos que le habían tratado durante su estancia en el centro. Con esta nueva alternativa, el temor de la familia al agravamiento en el domicilio, sin procurarle la asistencia debida, ha quedado disipado y la relación entre la familia, el paciente y el Hospital es correcta y fluida.

2.1.2. Tratamiento psicoterapéutico.

QUEJA número 15.188/84. Manifiesta la falta de atención y tratamiento para la curación de un paciente de quince años, por parte del Instituto Nacional de la Salud. Su madre expresó su protesta contra la Seguridad Social y pedía ayuda al Defensor del Pueblo para resolver su problema.

Este enfermo sufre tics nerviosos de los que ha sido tratado con fármacos durante años por diferentes especialistas de la Seguridad Social, sin resultado alguno y llegando a la conclusión de que era totalmente necesario un tratamiento psicoterapéutico.

Después de infructuosas gestiones de esta Institución ante la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, se dirigió al Ayuntamiento de Ciudadela de Menorca, lugar de residencia del reclamante, de la que recibió, entre otras, las siguientes indicaciones:

"El paciente sólo puede ser tratado por un psicólogo particular y a cargo de la familia, porque ya se le ha informado al interesado de los recursos existentes en este campo, llegando a la conclusión de que no se dispone de recursos públicos en Menorca, exceptuando el Centro de Salud Mental que tampoco lleva a cabo sesiones de psicoterapia".

Debe denunciarse que esta queja, cuya tramitación se inició en noviembre de 1984 y ante Organismos dependientes de dos Administraciones Públicas diferentes, aún no ha obtenido una respuesta favorable.

2.1.3. Unidades Extrahospitallarias.

QUEJA número 16.623/84. El interesado presentó un escrito ante el Defensor del Pueblo porque tiene un hijo de veinticinco años que, después de hacer graduado escolar con gran esfuerzo, presenta desde hace ocho años "graves trastornos de

su personalidad", como consecuencia de lo cual no tiene ningún amigo, no hace ningún trabajo y pasa la mayor parte del día en la cama. Este aislamiento le hace a su vez sentirse solo, ya que no tiene ningún apoyo, excepto el de sus padres mayores, con quien tampoco se comunica y a los que a veces agradece.

Los padres han acudido a diferentes Centros Escolares y de Rehabilitación de donde el enfermo ha sido rechazado sistemáticamente, porque a pesar de tener una inteligencia próxima a los límites normales, presenta tales alteraciones psicológicas que le impide la incorporación a cualquier actividad escolar o laboral, incluso cualquier relación interpersonal.

Estudiada esta queja, se llegó a la conclusión de que la única posibilidad de rehabilitación en este caso, sería a través de Centros Especializados, como un Taller Protegido. Se orientó a la familia y se hizo una gestión desde nuestra Institución con el Taller Protegido, dependiente de la AISNA, en la calle San Enrique, número 20 de Madrid, para que una vez evaluado el cuadro clínico de este paciente se iniciase su tratamiento.

Efectivamente se ha recibido otro escrito del interesado, en el que se nos comunica que su hijo lleva dos meses en el Taller de Imprenta y Encuadernación y que ha mejorado notablemente de sus

trastornos, por lo que se ha dado por concluido este caso.

2.2. Hospitalario.

2.2.1. Hospitales Psiquiátricos.

* Breve estancia.

QUEJA número 16.888/84. Presentada por la madre de un enfermo esquizofrénico, que vive en Aranjuez y que refiere que, en el mismo día, ha recorrido tres hospitales diferentes con su hijo -Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, Centro Ramón y Cajal, así como el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos-, pero en ninguno de ellos ha podido ser ingresado.

Esta queja no ha podido ser tramitada desde esta Institución porque, efectivamente, los hospitales citados carecían de camas libres y la familia no dispone de medios económicos para el ingreso en un centro privado.

Se le ha orientado a los Servicios de la Comunidad de Madrid.

QUEJA número 24.222/84. Hace referencia a dos enfermas psíquicas, hermanas, de una familia de

seis, que presentan crisis de gran agresividad, ocasionando lesiones, principalmente, a su madre.

La única alternativa que se les ofrece es ingresar a una de ellas en un Centro Psiquiátrico Penitenciario cuando haya motivo de delito.

Se ha admitido la queja y se está a la espera de recibir informe clínico y social.

* Media estancia.

QUEJA número 6.475/83. La interesada escribe desde Campos de Puerto (Baleares), exponiendo que convive sola con su hijo de treinta y dos años, retrasado mental y alcohólico, que padece graves trastornos de conducta con agresividad. Ha sufrido detenciones por parte de la Policía y ha sido ingresado por orden judicial varias veces, pero es dado de alta a los pocos días.

No dispone de recursos económicos para procurarle un tratamiento médico y continuado por lo que se repiten con frecuencia las ocasiones en que el enfermo produce lesiones importantes a su madre.

Después de realizado el estudio e investigaciones oportunas, se dió traslado de esta queja al excelentísimo señor Presidente de la Comunidad Autónoma Balear, habiendo recibido con posterioridad su informe en el que, entre otras

cosas, nos manifiesta: "Que esta Comunidad Autónoma carece de lugar y de programas de tratamiento y rehabilitación de enfermos como el que nos ocupa y que, en efecto, se trata de un débil mental con una desviación psicopática de la conducta que le ha llevado al etilismo crónico y a la realización de frecuentes delitos. Ha estado internado en reformatorios y en 27 ocasiones, desde los trece años, en el Hospital Psiquiátrico Provincial, habiendo mostrado en todas ellas una gran habilidad para fugarse".

Añade el informe: "Consideramos el caso de muy difícil solución, incluso en centros especializados para este tipo de personalidad, y que la permanencia en un hospital psiquiátrico no favorece su tratamiento normal y perjudica a otros pacientes".

Por otra parte, el Consejero de Sanidad y Seguridad Social de esa Comunidad Autónoma sugiere que si existe un centro en España adecuado para este caso, ya sea del Estado o de otra Comunidad Autónoma, esa Consejería propondría su traslado, siempre dentro de las posibilidades presupuestarias.

QUEJA número 21.463/83. Se dirige a esta Institución un invidente, que vive con su esposa, igualmente, ciega y con una hermana mayor que padece enfermedad psíquica.

Esta enferma precisa internamiento en un Centro Psiquiátrico para su tratamiento.

No son beneficiarios de la Seguridad Social, ni tiene medios económicos, por lo que no han conseguido hasta la fecha, en que escribieron, el necesario ingreso.

Esta Institución dió traslado de la referida queja a la Comunidad de Madrid y, a través de los Servicios asistenciales del Instituto de Salud Mental, se ha podido resolver la dramática situación.

QUEJA número 29.267/83. Concierne a un enfermo mental, que en algunas ocasiones ha estado ingresado breves días en hospitales psiquiátricos, pero en la fecha en que su padre se dirigió a esta Institución, en noviembre de 1983, se encontraba en su domicilio con grandes trastornos de conducta. Constantemente amenazaba a los padres y, en una ocasión, incendió su propia casa y lesionó gravemente a una hermana.

Los familiares habían hecho gestiones ante diferentes organismos, sin haber obtenido ningún resultado.

El Defensor del Pueblo, una vez estudiado este caso, dió traslado del problema al organismo

competente de la Comunidad Autónoma: se está a la espera de la información solicitada.

QUEJA número 22.464/84. Presentada por la madre de una deficiente mental en grado medio, que después de haber intentado hospitalizarla por todas las vías a su alcance en un centro psiquiátrico, no lo consiguió.

La enferma se arrojó desde la ventana de casa produciéndose graves fracturas en columna vertebral y pies y, posteriormente, fue ingresada en el Servicio de Traumatología de un Hospital General.

La pretensión de la promovente era que pudiera ser trasladada, según indicaban los propios médicos que la atendían, a un centro especializado para tratar su trastorno psíquico.

En este caso se procuró la asistencia psiquiátrica dentro del propio hospital en tanto se obtiene una cama en un hospital psiquiátrico.

QUEJA número 22.870/84. Se trata de un niño, enfermo mental, con una situación económica y familiar muy precaria, que pretende trasladarse desde Málaga, donde reside, a un Hospital Psiquiátrico de Madrid, porque en aquella ciudad no existen este tipo de centros, pero les han dicho que

no puede ser por tratarse de dos Comunidades Autónomas diferentes.

Contrastados los datos facilitados en la queja, poniéndonos en contacto con los médicos que están tratando a este paciente en el Centro de Salud dependiente de la Diputación Provincial, se han iniciado las gestiones oportunas para la investigación de los hechos planteados, continuando la tramitación de este expediente.

QUEJA número 5.622/85. Aún no se ha logrado internar a la enferma de 41 años, que padece oligofrenia de grado medio y crisis epilépticas, que vive en su domicilio con su padre de 84 años y su madre de 83, con unos ingresos mensuales de 31.000 pts.

A pesar de la intervención de los Servicios dependientes de la Consejería de Salud y Bienestar Social para valorar el caso, desde el 21 de mayo de 1985, en que se dió traslado de este asunto, continúa sin resolverse, a la espera de obtener una plaza en el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos de Madrid, a cargo de la Comunidad Autónoma. Se nos dice que "no existen plazas en toda la provincia para este tipo de personas".

QUEJA número 6.271/85. Tiene registro de entrada en la Institución el 6 de mayo de 1985, con la necesaria documentación adjunta.

Estudiado el asunto, que se refería a un muchacho de 15 años, que padece enfermedad psíquica grave (cuadro de inhibición motórica, aislamiento total, estereotipias mímicas, conductas de violencia ante la frustración ...), y precisa tratamiento hospitalario, sin poder procurárselo por insuficiencia de medios económicos, (al ser miembro de una familia de nueve hermanos y su padre percibir solamente el subsidio de paro), se dió por admitida y se trasladó con fecha 21 de junio de 1985 al Excmo. Sr. Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

El 14 de octubre de 1985 se envía requerimiento a la citada Consejería por haber transcurrido con exceso el plazo máximo de 15 días para la remisión del preceptivo informe escrito. En llamada telefónica del día 23 de octubre de 1985, el Jefe de Gabinete de la Consejería de Salud y Consumo requiere fotocopia del escrito inicial de 11 de junio porque, al parecer, se había extraviado. El día 16 de octubre de 1986 se le envía nuevo requerimiento, sin que hasta la fecha se haya recibido contestación. (Han transcurrido 17 meses).

QUEJA número 9.907/85. Compareció en la Institución el padre de un enfermo mental de

veintiocho años, que padece esquizofrenia desde hace ocho. Ha estado ingresado en varios Hospitales Psiquiátricos de Madrid, pero le dan el alta inmediatamente. Ha tenido crisis de agresividad, amenazando con un cuchillo a su padre. También hizo un intento de suicidio y volvió a ser ingresado, pero por poco tiempo.

El problema de fondo que plantea esta queja es que no le facilitan plaza en un Hospital Psiquiátrico por tiempo prolongado, a pesar de que los médicos lo creen necesario y así lo indican en sus informes. En este momento no hay centros públicos en la provincia de Madrid para enfermos crónicos y los privados, que tenían concierto con la Diputación Provincial de Madrid, no le han renovado con la Comunidad Autónoma.

Una vez estudiado este tema, se ha dado traslado a la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, quien ha valorado nuevamente la situación de este paciente y han resuelto que el Jefe del Servicio de Salud Mental de esa Comunidad, asuma la atención médica para que el enfermo pueda ser internado en el Hospital Psiquiátrico San José de Ciempozuelos, por lo que se ha dado por concluida esta queja.

QUEJA número 7.680/86. Se dirigió desde Elche (Alicante) un vecino, manifestando textualmente:



*1) Que mi hijo, nacido el día 28 de junio de 1958, padece, según el diagnóstico clínico, psicosis epiléptica.

2) Por el motivo citado anteriormente no hizo el Servicio Militar.

3) Ha estado ingresado en muy diversas ocasiones en los Centros Psiquiátricos del Hospital de Murcia y Santa Faz de Alicante.

4) Mi hijo es una persona que por su deficiencia mental actúa violentamente contra los miembros de su propia familia, incluso en determinada ocasión intentó el abuso con su propia hermana, de la misma edad que él; también es incontrolable cuando ha habido enfrentamientos con diferentes vecinos.

5) También, cuando no hay más remedio que trasladarnos a un lugar, de pronto se enfrenta a alguna persona, que transita por la calle en ese momento, no habiendo forma de contener estas reacciones.

6) Que, cuando suceden éstas situaciones violentas, hemos conseguido ingresarlo en uno de los centros reseñados anteriormente, pero al muy poco tiempo me

llamaban por teléfono indicándome que iban a darle el alta, ya que según manifestaban, ya se encontraba bien, no teniendo más remedio por mi parte que aceptar lo que me imponían, a pesar de mi insistencia de que permaneciera en el centro hasta tanto no se recuperara, toda vez que se trata y realísticamente lo indico, de una persona cuyas reacciones pueden llevar consigo en cualquier momento dado a un desenlace fatal, lo que haría responsable de ello a estos sanatorios que me entregan a mi hijo para que conviva con personas normales, siendo su actuación incontrolada e imprevisible.

7) Que la edad que, tanto su madre como el que suscribe, tenemos, es ya bastante avanzada con lo cual se nos hace imposible sujetar a mi hijo en las distintas ocasiones en las que interviene de forma violenta, teniendo que recurrir a varias personas para poder sujetarle, temiendo, por nuestra parte, que, en una de esas ocasiones, suceda algo irremediable.

8) Que mediante el presente escrito solicito de V.E., si se encuentra dentro de sus competencias, dirija algún escrito a éstos centros psiquiátricos mencionados, de forma que tomen las medidas necesarias para que hasta que mi hijo no se encuentre

en las debidas condiciones para poder convivir dentro de la sociedad, lo tengan internado en evitación de que cause algún desastre entre mi familia o personas ajenas.

9) Que algunos de los vecinos colindantes, han firmado en la hoja que se adjunta, estando de acuerdo con todo lo que se ha expuesto y en el deber de tomar las medidas oportunas por parte de la Administración".

Acompañaba la queja con firmas de 36 vecinos.

La queja sigue pendiente de resolución, pero el Defensor continuará sus gestiones.

QUEJA número 13.343/86. Su hermano, de 26 años, padece esquizofrenia paranoide, tiene una conducta muy agresiva y es muy difícil la convivencia con él; y el firmante añade:

"En los Hospitales en los que ha estado, solamente ha sido por un tiempo mínimo, pues a los quince o veinte días nos comunicaban que fuéramos a recogerle y le daban el alta porque creían que podría hacer vida familiar y lo que menos hacía era eso. En más de una ocasión, nos ha

golpeado a mi padre y a mi. La casa la tiene destrozada y un día le prendió fuego. Ahora está por la calle durmiendo y corriendo como un vagabundo. Me dirijo a usted por si hubiera un Hospital donde pudiera estar no sólo por poco tiempo".

Se realizan gestiones para su hospitalización.

* Larga estancia.

QUEJA número 26.958/83. Se refiere a la situación de una anciana de setenta y nueve años que, sufriendo trastornos psíquicos importantes, vivía con su único hijo y la esposa de éste, enferma de cáncer, y que, durante el periodo de espera para conseguir un ingreso en el Hospital Geriátrico, ha tenido que ser alojada en una pensión particular, tratándose de una familia de economía modesta.

QUEJA número 11.796/84. Escribe el padre de un muchacho que padece una psicosis injertada en oligofrenia y cuya indicación de internamiento en un centro psiquiátrico está hecha por un médico especialista y confirmado por el Juez.

A pesar de ello, su hijo sigue en el domicilio familiar por carecer de medios económicos. Sus ingresos son de 30.000 pts. mensuales que

percibe por pensión y, con ello, debe de mantener a su mujer, a tres hijas menores y a este hijo enfermo.

Se orienta la tramitación de esta queja a través del Instituto de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

QUEJA número 22.446/84. Presentada por la hermana de una enferma mental de cincuenta años, que padece "epilepsia, debilidad mental, trastornos de conducta" y que precisa ingreso urgente.

Esta familia está compuesta por la interesada y su marido, ciego total, con un hijo afectado por el síndrome tóxico que recibe tratamiento de rehabilitación.

Al parecer, la enferma se muestra agresiva con mucha frecuencia y, especialmente, con su cuñado invidente.

Se adjunta al expediente una nota de evaluación hecha por la Comunidad de Madrid, donde se indica claramente la necesidad de que ingrese en un hospital.

Después de tres meses de la certificación anterior, aún no ha sido concedida su plaza.

Esta Institución ha solicitado el preceptivo informe de la Comunidad de Madrid sin que, por el momento, se haya recibido contestación.

QUEJA número 8.167/85. El 10 de junio de 1985 tuvo entrada esta queja, donde la interesada manifestaba que su marido, de 58 años, presentaba una enfermedad alcohólica crónica, además de otras alteraciones orgánicas importantes. Como consecuencia de su estado, tenía trastornos de conducta que la familia no podía controlar en su domicilio. Adjuntaban informes clínicos del Servicio Regional de Salud de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, donde se indicaba la necesidad de un Centro adecuado desde el 9 de enero de 1984. Los ingresos de la familia ascendían a 32.639 pts., que resultaban insuficientes para pagar la mensualidad del Centro.

La intervención de nuestra Institución dando trámite a este caso, solamente pudo lograr que el enfermo fuese internado en un Centro Hospitalario cuatro días antes de su muerte.

QUEJA número 5.228/86. Acude personalmente a la Institución el hermano de un enfermo mental de 35 años, diagnosticado, según certificados que aporta, de esquizofrenia residual.

Desde hace más de diez años ha estado ingresado en numerosos Centros de los que sistemáticamente se fuga, con lo que no sigue ningún tratamiento y cada vez se encuentra más deteriorado. Agrede a los familiares cada vez que va a casa y ha prendido fuego en dos ocasiones a su habitación. El interesado muestra fotocopias de los destrozos del incendio. Como consecuencia de estos actos, ha sido llevado por la policía al Hospital, pero se fuga al día siguiente.

A pesar de tener una pensión de 40.617 pts mensuales, nadie quiere hacerse cargo de él y los médicos que le han visto manifiestan la necesidad de ser internado durante meses para que mejore de su sintomatología y, por lo tanto, de su conducta agresiva.

2.2.2. Centros psiquiátricos penitenciarios.

QUEJA número 18.806/83. Llegó a esta Institución desde un Centro Penitenciario Femenino, formulada por una interna de 29 años de edad, que, desde junio de 1982, estaba a disposición de una Audiencia Provincial, por una causa que había sido sobreseída y que sufre oligofrenia y epilepsia.

Dicha interna fué dada de alta médica el 28 de marzo de 1983 por el equipo clínico de Servicios Psiquiátricos del Centro, indicando que

era necesaria la tutela de esta paciente por parte de algún familiar próximo, para continuar el tratamiento farmacológico con el que su cuadro clínico había remitido. Antes de conseguir el alta médica, esta enferma había disfrutado permiso de salida a su casa con excelente adaptación.

El Defensor, en colaboración con la Dirección del Centro Penitenciario, solicitó de la Audiencia Provincial correspondiente un nuevo informe de los médicos forenses, que fué redactado de forma favorable, coincidiendo con el criterio de los médicos que habitualmente la habían tratado.

Por fin, el día 23 de enero de 1984, la interna ha salido en libertad, en compañía de su padre.

QUEJA número 9.345/85. Compareció el padre de un muchacho de diecisiete años, que padecía esquizofrenia paranoide y, además, consumía tóxicos. Al parecer, amenaza a su madre y, en alguna ocasión, la ha agredido. Fue denunciado y estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, siendo trasladado posteriormente al Hospital Psiquiátrico Provincial con una Orden de Ingreso Judicial.

Al salir, dado de alta, se encontraba bastante recuperado. En casa dejó de tomarse las medicinas y empeoró, volviendo a mostrarse agresivo

y teniendo que ser conducido de nuevo al Hospital Psiquiátrico Provincial.

El reclamante no sabe que hacer, porque los médicos del citado Hospital le han dicho que "allí no va a ser admitido nunca más porque el lugar que él necesita es la cárcel".

En visita posterior a esta Institución, el padre manifestó su desorientación porque reconoce que su hijo es un enfermo mental, que se descompensa cuando consume tóxicos, pero que los delitos que comete no le son imputables y debe, por tanto, recibir tratamiento médico en un Hospital Civil no Penitenciario.

Se continuará insistiendo en la solución del penoso caso.

QUEJA número 505/86. Se han dirigido a esta Institución reiteradamente los padres de un enfermo mental, que además consume tóxicos, de 21 años de edad, para manifestar que, desde los 14 años en que lleva enfermo, ha tenido que ser hospitalizado en varios Centros Psiquiátricos e, incluso, ha estado en dos ocasiones en la Cárcel por delitos de robo y agresiones.

Al parecer, se manifiesta principalmente agresivo con el padre, amenazándole permanentemente y golpeándole, en algunas ocasiones, con armas

blancas. También ha intentado quemar la casa con gasolina.

Han instado al Juez de Instrucción la incapacitación de su hijo y existía una providencia ordenando el ingreso en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, de donde, al parecer, no podría salir sin previa autorización del Juez, aconsejado por el Médico-Forense. Dicha orden, que está en poder del Hospital, no ha servido para nada, porque ya se ha escapado en el curso de una semana, en dos ocasiones.

Piden una intervención para que el enfermo sea ingresado en un Centro Psiquiátrico del que no pueda salir hasta que se encuentre curado.

Los interesados acudieron personalmente a la Institución para insistir en la situación angustiosa en que se encontraban, porque su hijo seguía entrando y saliendo fácilmente de los Centros y, últimamente, había tenido que presentar una denuncia ante la Comisaría por los intentos de agresión contra su padre.

En llamadas telefónicas posteriores informaron que su hijo había sido internado en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario y creen que por fin podrá recibir un tratamiento continuado que le permita mejorar de su enfermedad. Con gran desconcierto, a los tres días de su internamiento,

fue puesto en libertad por el Juez, volviendo a iniciarse la situación anterior.

Nuestra Institución se puso en contacto con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario y, al parecer, los médicos del Centro, que tenían al interno en observación clínica, cuando les llegó la orden de su puesta en libertad, quedaron igualmente sorprendidos, desde el punto de vista clínico, el enfermo no estaba de alta.

Debemos señalar que la falta de coordinación y la diferencia de criterios han hecho que el enfermo esté nuevamente en la calle.

3. Rehabilitación.

QUEJA número 29.607/83. El interesado manifiesta que su hijo, de diecinueve años de edad, que padecía una oligofrenia profunda, había asistido a un Centro de Educación Especial en su infancia, pero desde hacía cinco años, en que se produjo el cierre de dicho Centro, permanecía en su casa.

Disponía de 68 metros cuadrados de superficie y el enfermo pasaba el día en un balcón, enrejado como seguridad, por las alteraciones de conducta que presentaba.

111.

Después de un año de espera, el interesado había recibido notificación del Instituto Nacional de Servicios Sociales, donde se le comunica que la "Junta de Valoración de Admisión de Beneficiarios, celebrada en el Camp Santa Faz de Alicante, había concedido a su hijo 14 puntos, pero con la observación de "sin posibilidad actual de ser atendido en el Centro por sufrir graves trastornos psicóticos".

Después del estudio en profundidad, por parte de esta Institución de este caso, y considerando que la problemática que rodea a los minusválidos psíquicos es con mucha frecuencia motivada por la incidencia de trastornos psicopatológicos con la deficiencia intelectual, solicitamos la revisión de este expediente, teniendo en cuenta, no solamente los criterios antedichos, sino que la alternativa para estos casos, en los que los enfermos no son admitidos en estos centros especiales, es solamente la hospitalización psiquiátrica permanente.

La Dirección de Servicios Sociales de Minusválidos Físicos y Psíquicos atendió este requerimiento y, en una Junta de Valoración posterior, se corrigió la calificación anterior, alcanzando 16,5 puntos, optando a una plaza en régimen de media pensión, permitiéndole por fin ingresar en el Centro.

La tramitación de esta queja motivó un Recordatorio, en virtud del artículo 30.1 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, al Ilustrísimo Señor Director del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales, sobre la obligatoriedad de ajustar el procedimiento de selección de beneficiarios del Centro de la Santa Faz de Alicante a los criterios fijados por la Resolución de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales de 24 de diciembre de 1981 y demás normas de aplicación.

QUEJA número 9.734/84. Formulada por la hermana de un deficiente mental, que había solicitado ingresar en un Centro de Atención para Minusválidos Psíquicos en Alicante, y que había sido denegada su pretensión, porque en aquel momento no se podía atender a personas con este tipo de trastornos.

Más tarde, se habían dirigido al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para plantear su problema y la respuesta de este Departamento fue que en la citada provincia existía ya un Centro para estos enfermos, refiriéndose al anteriormente citado.

En vista de la confusión, la interesada presentó queja ante esta Institución y, efectivamente, se pudo conocer que, en aquel Centro de Atención de Minusválidos, no se admitía a este tipo de pacientes con conducta psicopática, porque,

al parecer, no se dan las condiciones para su tratamiento.

Por otra parte, en el Hospital Psiquiátrico de la provincia tampoco quieren recibir a este enfermo.

Este problema obliga a realizar un estudio en profundidad de las condiciones tanto materiales como de personal especializado que se dan en estas instituciones.

QUEJA número 1.516/85. Se registró en esta Institución en febrero de 1985 y fué señalada en el Informe Anual del año pasado, no habiendo podido ser concluida.

Se hacía referencia a una familia que tiene dos hijas, una de 19 años, enferma mental, que padece esquizofrenia y otra de 18 años, con parálisis cerebral y ciega, que es motivo de la queja. Se trataba del traslado de la hija menor desde el Hospital Psiquiátrico Infantil, donde se encontraba, a otro Centro.

Es de justicia hacer mención a la colaboración prestada por el Centro Psiquiátrico "La Atalaya" de Ciudad Real, que ha permitido la permanencia de esta paciente, a pesar de haber rebasado los 18 años, edad límite de los internados en ese Hospital.

La Comunidad Autónoma de Madrid, a través del Servicio Regional de Salud y a requerimiento de esta Institución, emitió un informe favorable a la pretensión del interesado, teniendo en cuenta todas las circunstancias que concurren en este caso y a pesar de que el citado Servicio se manifestaba en los siguientes términos:

"En el plazo de estos meses, (septiembre a diciembre), el Servicio de Minusválidos de la Consejería de Bienestar Social, debe decidir cual es el Centro (entre los dependientes de esa Consejería) adecuado, a las características de la enferma. Su asistencia a dicho Centro estará condicionada por la existencia o no de plazas libres. También están a la espera de una solución por parte del INSERSO".

En la fecha de hoy, continúa sin resolverse la hospitalización de esta enferma.

QUEJA número 3.912/85. Se trataba de una queja urgente respecto a un niño de doce años de edad, que sufre un trastorno grave del comportamiento, y ha sido tratado por varios especialistas en su ciudad natal (San Sebastián) sin resultado, agravándose en los últimos días la situación de tal manera que permanecía en casa con una camisa de fuerza. El padre había embarcado (es marino

mercante), y eran la madre y un hermano menor quienes se encontraban en el domicilio con él. El criterio médico era unánime en la necesidad de internarle en un centro especializado. Al parecer, no existe en la Comunidad Autónoma Vasca ningún hospital apropiado y, por ello, tanto la familia como la Diputación Foral de Guipuzcoa, han solicitado su ingreso en el Hospital Infantil Pray Bernardino Alvarez de Madrid, dependiente de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, indicando que los gastos quedarían cubiertos por la Diputación Foral de Guipuzcoa.

En relación con el mismo asunto, se dirigió también a la Subdirección General de Centros Sanitarios Asistenciales el médico, que últimamente atiende al niño enfermo, para presentarles el caso y solicitar, asimismo, el ingreso en dicho centro, sin haber obtenido respuesta.

Esta Institución dió traslado de la queja al Ilustrísimo Sr. Director de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), para que se estudiase el caso y la posibilidad de trasladar al niño al hospital infantil citado. En primera instancia, se rechazó el ingreso de este paciente por considerar las autoridades sanitarias de Madrid que era cerca de su domicilio habitual donde debería ser tratado. Por otra parte, en su lugar de origen se habían agotado todos los recursos terapéuticos.

El Defensor del Pueblo formuló una sugerencia en el sentido de que pudiese ser internado en el centro Fray Bernardino Alvarez de Madrid, con el fin de romper la situación conflictiva (atado), en la que se encontraba en su domicilio y poder iniciar un programa terapéutico, que continuaría más adelante, cuando el enfermo estuviese mejor, dentro de su propia Comunidad.

Esta propuesta fué aceptada, tanto por la Diputación Foral de Guipuzcoa como por la Institución de la Sanidad Nacional, y el niño fué atendido en Madrid durante dos meses, hasta que se le dió el alta y fue trasladado a una clínica privada de San Sebastián, gestionado por la Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo Vasco. En este momento se dió concluida favorablemente esta queja.

QUEJA número 6.056/86. Tiene una hija de veinte años, minusválida psíquica con un diagnóstico de retraso intelectual severo-profundo, epilepsia multifocal, valorada con un cien por cien de disminución de su capacidad orgánica y funcional, para la que ha solicitado una plaza en el Centro Juan de Austria, dependiente del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Se le denegó la solicitud de ingreso porque: "no es objeto de atención en el Centro. Dada

la sintomatología del beneficiario, se orienta a un CAP".

Posteriormente, a través de la Comunidad de Madrid, se ha internado a la enferma en el Centro Nuestra Señora del Carmen, dándose por concluida esta queja favorablemente.

Esta queja es expresiva de cómo puede agilizarse la gestión cuando, a pesar de una denegación por parte de un Organismo, se orienta a la interesada para que acuda a la instancia competente.

QUEJA número 6.520/86. "Tengo un hermano de 29 años, sometido a tratamiento psiquiátrico desde hace más de quince, sin que, lamentablemente, haya ocurrido otra cosa que un progresivo y acelerado deterioro de su personalidad, hasta límites que hacen imposible su presencia en casa, sin que el sobresalto sea continuo e insoslayable el temor ante una posible tragedia.

La agresividad, que manifiesta en estos momentos, ha hecho de mis padres unos perfectos esclavos y fugitivos de su propia vivienda. Día tras día, la tensión de no saber que pasará: por poner un ejemplo, le diré que mi padre tiene pendiente desde hace años una operación de hernia provocada por un patadón de mi hermano. Agresiones físicas y verbales diarias. Los médicos y psicólogos, que conocen

perfectamente el caso y aún el propio psiquiatra que le viene atendiendo desde hace aproximadamente cinco años, indican que mi hermano ha de salir urgentemente de casa.

Hasta este momento, durante muchos años, hemos estado dando vueltas y vueltas hasta caer en una desesperación absoluta al comprobar que la Administración ha ignorado la existencia de unas personas, que aún siendo en exceso peligrosas, no tienen cabida en ningún Centro Especializado. Más aún, cuando la falta de Centros específicos es una triste realidad, ocurre que también los Centros Hospitalarios para enfermos mentales cierran sus puertas, a no ser de forma esporádica, a estas personas.

Al parecer, estos casos, han de resolverlos los propios familiares, ignorantes de los más elementales presupuestos para llevar a cabo una necesaria terapia, que además, tristemente, no va a solucionar el problema o, simplemente esperar, a que ocurra lo irremediable.

Hemos andado casi todos los caminos: toda Andalucía, Extremadura, Madrid, Salamanca, Burgos, Cuenca, para nada. Ante la palabra agresivo, todo el mundo retrocede y sólo la familia ha de seguir soportándole".

Esta queja se ha concluido favorablemente, aunque sólo porque el enfermo ha conseguido ser internado en un Centro ocupacional privado.

QUEJA número 6.765/86. Se dirigió a la Institución el padre de un enfermo mental de 14 años, que presenta un cuadro de oligofrenia erética con auto y' hetero agresividad. En los Centros donde intenta que le internen es rechazado alegando:

Cabo de la Huerta (Alicante): "Por padecer trastornos psicóticos y no tener el Centro personal especializado ni medios adecuados para su atención".

Centro de Asistencia Especializada a Minusválidos Psíquicos de Béjar, quien a través de su Directora se dirige al padre del enfermo en los siguientes términos:

"Como usted debe conocer en este Centro se admiten internos siempre que sean disminuidos psíquicos profundos, severos o medios con alguna otra minusvalía asociada, casos que no apreció la Junta de Valoración en su hijo. Por lo mismo, sentimos comunicarle que su solicitud ha sido denegada".

Actualmente este enfermo, según nos comunica el padre, está a la espera de ser intervenido quirúrgicamente para practicarle una

estereotaxia, con el fin de que disminuya su impulso de agresividad y pueda ser acogido en algún Centro.

Se considera que los centros de asistencia para los enfermos oligofrénicos deberían de reunir las condiciones necesarias para dar cabida a los pacientes que, como en este caso, presentan trastornos de conducta asociados.

En este sentido, la Institución tramitará ante el INSERSO la presente queja, cuando se conozca con exactitud cual es el resultado de la valoración quirúrgica.

4. Integración Social. Reinserción.

QUEJA número 5.135/84. En este caso se puede observar la salida de una enferma mental, que llevaba ingresada, desde 1969, en un hospital psiquiátrico y tenía dificultades para ser acogida en su familia.

Compareció el cuñado de esta enferma mental, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, al haber recibido un escrito del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) para que fueran a buscarla, porque estaba prevista su alta médica.

El interesado decía que no podía hacerse cargo de la paciente, ya que la convivencia entre ella y su esposa (hermanas) era imposible.

Esta Institución se dirigió al Hospital Psiquiátrico de Bétera donde nos comunicaron que era intención del Centro que los enfermos, entonces ingresados, que presentaran una situación clínica favorable para poder convivir en el seno de la familia, salieran con un tratamiento ambulatorio y controles periódicos, para evitar que el Hospital se convirtiera en un asilo.

Asimismo, se nos remitió información completa sobre esta paciente, donde se analizaban aspectos clínicos, sociales y familiares.

Los únicos parientes, que tenía la enferma, eran su hermana y su cuñado.

Percibe una pensión de 26.000 pts. mensuales, de las que la mitad quedaba en esta familia, que tiene ingresos muy reducidos, y la otra parte era para pagar su estancia en el Hospital.

Su estado clínico era satisfactorio y con un buen pronóstico, si continuaba con el tratamiento medicamentoso.

Ante la diferencia de criterio y de actitud entre la familia y el Hospital, esta Institución instó al Ayuntamiento de la ciudad para

que, a través del Departamento de Asistencia Social, se realizaran una serie de reuniones, participando, de un parte, los médicos y la Asistente Social y, de otra, la familia de la enferma.

Con la coordinación de la Asistente Social del Ayuntamiento, se trató de valorar objetivamente la situación, obteniendo el compromiso del Hospital Psiquiátrico de recibir de nuevo a la enferma en el supuesto de que empeorase su cuadro psicopatológico, además de ocuparse del tratamiento ambulatorio. Con ello, la familia aceptó la vuelta a casa de la enferma.

Desde hace dos meses, en que la enferma salió del Hospital, es visitada semanalmente en su domicilio por una Asistente Social, encontrándose totalmente adaptada y cumpliendo el tratamiento prescrito.

QUEJA número 295/85. Remitida por la asistente social de un albergue municipal para referir la problemática de los "transeúntes y marginados" que acuden al Centro.

Con el ánimo de tramitar esta queja y para obtener una amplia información, asesores de esta Institución se desplazaron al Albergue de San Juan de Dios, calle Herreros de Tejada, n° 3, Madrid, señalando posteriormente los siguientes aspectos:

"En el recorrido por las instalaciones del Albergue que data de 1979, se pudo comprobar una magnífica conservación del edificio y una limpieza de todas las estancias, que dan un aspecto global confortable al Centro.

Se pudo ver, por los expedientes personales, que gran parte de los albergados son enfermos que acuden en ocasiones desde los propios Centros Hospitalarios, la mayoría desde Hospitales Psiquiátricos y, a veces, en ambulancia.

Tiene este Centro una conexión permanente con otros de similares características de la provincia de Madrid, con el fin de que coordinen los esfuerzos para una mejor atención.

El único requisito para el ingreso es el D.N.I. o, en su defecto, una nota facilitada en la Comisaría de Policía de la zona. Posteriormente, una Asistente Social hace la recogida de datos y el programa de asistencia.

Los albergados se incorporan al Centro todos los días, entre la seis y las siete de la tarde, cenan, realizan actividades (misa, televisión, charlas), duermen y desayunan.

Durante el día, sólo, excepcionalmente, quedan en la casa.

Actualmente hay 230 plazas, que suelen estar ocupadas permanentemente.

En el año 1985, fueron atendidas 2.154 personas, la estancia media mensual es de 13 días y la edad media de los albergados es de 37 años. La tasa más alta de ocupación se produjo durante el mes de enero con 92,63%.

Los servicios que merecen destacarse son: Servicio de Ropería; Servicio de Comedor; Servicio de Trabajo Social; Servicio de Psicología; Servicio de Enfermería (dispone de cinco camas para aislamiento); Servicio Pastoral; Servicio Jurídico.

QUEJA número 1.959/85. Un ciudadano se dirigió al Defensor del Pueblo desde el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), en el que estaba internado por un síndrome de dependencia alcohólica, donde había ingresado hacia tres meses. Desde el mismo hospital, el Equipo de Asistencia Social había intentado gestionar y solucionar la situación personal de este enfermo, ya que carecía de vivienda y de trabajo para poder subsistir, pero al parecer, el Ayuntamiento de Simat de Valldigna, donde él

reside, aducía que carece de medios y no le presta la menor ayuda.

Nuestra Institución admitió a trámite la presente queja y, recabando informe en el Hospital Psiquiátrico, se nos ratificaron los datos que daba el interesado, añadiendo que este paciente se encontraba en una fase de rehabilitación física y psicológica y que debía volver a su lugar de residencia, procurándole un trabajo y el apoyo social mínimo para su reinserción.

En gestión telefónica, se habló con el Alcalde de Simat, quien efectivamente negó la posibilidad de ayuda, alegando que, si bien este ciudadano residía en aquel municipio, era natural de la provincia de Salamanca y que eran escasos los recursos económicos de que disponían.

Más tarde, se dió traslado de esta queja al Diputado Delegado de Servicios Sociales de la Diputación Provincial de Valencia, quien asumió la gestión de este expediente, aunque insistió también ante el Defensor del Pueblo para que volviera a dirigirse al Ayuntamiento de Simat de Valldigna.

Finalmente, el paciente, que fué dado de alta, prefirió quedarse a vivir en Valencia capital, antes que regresar a Simat, y allí, a través de la Asistente Social del propio Hospital Psiquiátrico, se obtuvo la ayuda necesaria para que pudiese

trabajar y volver periódicamente a revisiones médicas.

Actualmente se encuentra muy restablecido de su enfermedad y más integrado socialmente.

QUEJA número 8,762/85. La queja ha sido presentada por el tutor de dos personas incapacitadas, internas en una Residencia de Ancianos, perteneciente a la excelentísima Diputación de Burgos. Reclamaba el interesado ante la administración del mencionado Centro, un tercio de la ayuda económica, que percibían del Fondo Nacional de Asistencia Social, y el 20 por ciento de una pensión de viudedad respectivamente.

Realizadas las gestiones oportunas, pudimos conocer que, en efecto, esas cantidades les habían sido facilitadas a las internas, que las habían administrado convenientemente para sus gastos personales, sin embargo, el Director del Centro, añadía en el último párrafo de su informe "que sería deseable que el tutor extendiera su preocupación hacia los residentes, en el orden humano; de tal modo que estas dos personas, sujetas a tutela, vieran en su tutor un protector, no sólo de sus intereses materiales".

Al cerrar la queja, esta Institución también transmitió al interesado esa orientación.

QUEJA número 6.583/86. Escribe el hermano de un deficiente mental de 56 años de edad, que padece una oligofrenia de grado medio por lesión cerebral, quien ha estado internado en el Asilo de Ancianos de Linares y en el Psiquiátrico "Los Prados" de Jaén, habiendo sido enviado de nuevo al domicilio por no ser éstos los lugares adecuados para su tratamiento.

Desde 1980, en que el enfermo reside con sus hermanos, se han acentuado los trastornos de conducta, agrediendo en ocasiones, a sus familiares. Por otra parte, la cuñada y un sobrino menor, que viven con él, padecen actualmente enfermedades orgánicas, siendo por tanto muy difícil la convivencia.

Esta Institución, una vez estudiada esta queja, la tramitó a través del Centro Base de Jaén próximo al domicilio del paciente, encontrando muy buena disposición por parte de la dirección del mismo y comunicándoselo al interesado. A los pocos días, se recibió un nuevo escrito en el que el promovente, contestando a la oferta de la Administración para el tratamiento de su hermano, manifiesta: "cuando les di la noticia a los tutores legales de mi hermano subnormal, con cuya aprobación había contado para dirigirme a usted, me dijeron que se oponían rotundamente a hacer ningún trámite para la hospitalización del enfermo y que nuestro hermano no ingresaría nunca en una residencia porque ellos

no pueden prescindir de los beneficios económicos que les proporciona la pensión del enfermo, los meses que lo tienen en su casa".

Finalmente, al tratarse de un asunto de ámbito privado, esta Institución no puede intervenir más; sino que procede la intervención de la autoridad judicial.

QUEJA número 10.100/86. Visita realizada al Pabellón Psiquiátrico de la Cárcel de León.

Se dirigió a nosotros, para tener una entrevista, un interno, que manifestó su deseo de que nos pusieramos en contacto con sus padres, residentes en Valencia, para que él pudiera reintegrarse a su domicilio, si ellos se hacían cargo de él.

Desde la Institución se escribió a los padres del interesado, manifestándoles el interés de que se pusieran en contacto con el Centro donde su hijo se encuentra internado y su contestación consistió en reclamar el dinero que, según ellos, debe de percibir mensualmente su hijo, que ascendería a 12.000 pts. y, aseguran que sólo le dan 1.000 pts., sin saber realmente donde está el resto. También dijeron que no querían hacerse responsables, porque se trata de un hijo débil mental.

Se pidió información de la situación personal de este interno y se nos informó, a través de la Comisión de Asistencia Social del Establecimiento, por la condición de débil mental, que la Junta de Régimen y Administración del Centro, así como el Equipo de Tratamiento, acordaron, previa consulta con el Sr. Juez de Vigilancia de la zona, ejercer un control sobre los ingresos y gastos de este interno, que recibe mensualmente una pensión de 14.000 pts., asignándole 1.000 pts. semanales para sus necesidades, y que, en la actualidad, el mencionado interno dispone en su cuenta de pecunio particular 240.000 pts, adjuntándose fotocopia del saldo de la hoja.

Por otra parte, el Director del Establecimiento, manifestó al Defensor del Pueblo que la libertad de este interno estaba condicionada a que la familia no se hiciera cargo de él, aunque el interesado evidentemente no lo sabe.

Esta Institución sugirió al médico del Centro, el traslado del interno a Establecimiento Psiquiátrico de Valencia o Alicante, con el fin de que la familia si quiere, pueda visitarle con frecuencia.

B) DROGADICTOS.

QUEJA número 24.908/83. Escribe la madre de un enfermo toxicómano, que ha tenido que huir de

su propia casa ante la conducta amenazante de su hijo, solicitando dinero para la obtención de la droga. Es una familia de muy escasos recursos; el padre está en el paro y ya han pedido préstamos a todos los amigos y familiares.

En la zona de residencia, y en las proximidades, no existe ningún centro donde puedan ofrecerle ayuda. Igualmente, la Institución del Defensor del Pueblo prosigue las gestiones.

En relación con los supuestos reseñados en este punto, el Defensor considera insoslayable y urgente un decidido incremento de la actuación de los poderes públicos ante este, ya grave, problema social, actuación que debe comprender tres tipos de medidas:

- a) Medidas preventivas, que incluyan desde una mayor información sanitaria hasta el reforzamiento de las medidas administrativas contra las sustancias ilegales.
- b) Medidas asistenciales, absolutamente necesarias para un eficaz tratamiento de la población, que sufre ya niveles de drogodependencia. En tal sentido, deben cubrirse las necesidades de hospitalización en los síndromes de abstinencia y desintoxicación. La Seguridad Social tiene que incluir en el

cuadro de enfermedades, que merecen asistencia sanitaria, las derivadas de las toxicomanías.

- c) Medidas de rehabilitación, incluyendo la elaboración de programas, que completen la operación clínica, física y psíquica de estos enfermos, con la ayuda a todas las asociaciones y organismos privados, que se dedican específicamente a la ayuda al toxicómano.

Además de lo ya expuesto con anterioridad, ha de insistirse en que es necesario y urgente incrementar las actuaciones de las Administraciones Públicas ante la problemática de la drogodependencia, en la línea de las iniciativas adoptadas por alguna Comunidad Autónoma, que tiene en marcha un plan de acción en la materia, o, en algún otro caso, dispone de servicios de asistencia e integración social.

Con esta misma orientación, es indudable que la eficacia de la acción de los poderes públicos ante las drogodependencias requiere la existencia de una unidad operativa, al objeto de llevar a cabo la coordinación de las iniciativas sociales y de las distintas Administraciones Públicas, en materia de prevención, investigación, cooperación

técnica, formación y reciclaje de profesionales y colaboradores sociales y promoción, evaluación y seguimiento de programas experimentales, a fin de conseguir un tratamiento coordinado en una cuestión de tan grave urgencia social.

QUEJA número 25.660/83. Se trata de un hombre de veinticinco años, casado y con un hijo, que, actualmente, se encuentra totalmente abandonado por la familia y padeciendo una dependencia a la heroína. Ha estado en la cárcel en varias ocasiones.

Se dirigió al Defensor pidiendo ayuda y se le indicó que acudiera a un Centro de Salud próximo a su ciudad, donde previamente esta Institución había realizado una gestión personal para que fuera recibido por el equipo facultativo y, una vez evaluado su cuadro clínico, pudiese incorporarse a algún programa de tratamiento. La Institución se mantiene en contacto con el caso.

QUEJA número 13.515/84. La interesada, madre de un toxicómano de 23 años, adicto a la heroína desde hace dos, se había dirigido a todos los sitios posibles, habiendo recibido siempre idéntica respuesta: "No podemos hacer nada".

En su afán por conseguir la curación y la no propagación de la heroína, había denunciado a la

Comisaría próxima a su domicilio que su propio hijo era traficante a pequeña escala. Había aportado información sobre otras personas que sabía que traficaban.

También había hecho denuncias ante la Brigada de Estupefacientes y se dirigía a esta Institución en búsqueda de soluciones al problema expuesto.

A la vista de los antecedentes, y en virtud de lo establecido en el artículo 25 de la Ley Orgánica 3/1981, del Defensor del Pueblo, se dió traslado al Ministerio Fiscal.

QUEJA número 10.366/85. La madre de un drogadicto de dieciséis años se dirige a nuestra Institución para "pedir humildemente a la sociedad que haga algo por su hijo".

Se trata de un enfermo que fué ingresado en un hospital de infecciosos por padecer "hepatitis B en heroinómano". Presentaba una sintomatología muy activa, pero a los tres días de su ingreso se fugó del hospital. Volvió a reingresar y se escapó de nuevo. Realizó varios robos en su casa y en la de una vecina, agrediendo también y produciendo lesiones a su madre. Todo esto fue denunciado a la policía en diferentes ocasiones, pero no han conseguido un nuevo ingreso.

En el momento de recibir el Defensor del Pueblo este escrito de queja, el enfermo llevaba quince días durmiendo en la calle.

Para la tramitación de esta queja nuestra Institución se puso en contacto con el Centro de Salud de Getafe, con el fin de que pudieran recibir a la interesada y hacer una valoración "in situ" de la situación referida, orientar el manejo más conveniente para este paciente y ofrecerle la asistencia directa que fuera posible.

QUEJA número 10.782/85. Una madre presentó este escrito porque tiene tres hijos drogadictos, uno de los cuales, además sufre esquizofrenia. Todos ellos eran niños normales, con una escolaridad regular, hasta que tomaron contacto con la droga.

La madre quiere llamar la atención sobre la falta de centros de rehabilitación en Santa Cruz de Tenerife, donde residen, ya que no encuentra ninguna ayuda para internarles, a pesar de que cuentan con personal especializado.

Se les informó de la puesta en marcha del Plan de Lucha contra la Droga, aprobado recientemente por el Gobierno.

QUEJA número 1.274/86. El interesado acude personalmente a la Institución acompañado de su

madre para pedir con urgencia que se agilice su ingreso en un Centro, porque presentando una toxicomanía quiere proceder a su desintoxicación.

Esta queja se tramitó ante la Comunidad Autónoma de Madrid y pudo ser internado en el Hospital Psiquiátrico. A los pocos días de su salida del Hospital, la madre del enfermo vuelve a dirigirse a esta Institución, manifestando que le habían indicado que se presentase en el Centro Fúcar, para continuar un tratamiento de deshabitación y rehabilitación, pero hay una larga lista de espera y temen que en este intervalo vuelva a recaer. En este caso se da la circunstancia que el paciente, que tiene 26 años, presenta una sintomatología psicótica añadida que ensombrece su pronóstico. Esta queja sigue en trámite.

QUEJA número 1.477/86. Se refiere al trato recibido por un enfermo toxicómano, que acudió al Servicio de Urgencias de la Residencia 1ª de Octubre de Madrid, demandando atención médica por presentar un cuadro de síndrome de abstinencia.

Pidió un tratamiento adecuado para poder salir de esa situación, porque en un episodio anterior había tenido un intento de suicidio con Rohipnol y dice el escrito, "... dada la inexistencia de Instituciones Públicas que atiendan estos casos y el elevado coste de las privadas, a

las que no podía llegar, por falta de recursos económicos."

Según el reclamante, el Jefe de Medicina Interna de Urgencia de la citada Residencia le negó todo tipo de reconocimiento médico, insultándole de palabra y negándose a facilitarle tranquilizantes y ni siquiera un volante para que una ambulancia le trasladase al Hospital Provincial.

Este tema fué denunciado ante el Juzgado de Guardia, por lo que, al iniciarse un procedimiento judicial, esta Institución no ha podido seguir interviniendo.

QUEJA número 2.270/86. La madre de un enfermo heroinómano denuncia al médico privado que le trata con metadona, porque le cobra por cada consulta 3.000 pts.

Cree que hay un fraude en este tratamiento, porque su hijo acude también a tomar la metadona al Centro de Dispensación de la Dirección Provincial de Sanidad de Madrid.

Dada la naturaleza de este asunto, hemos acudido personalmente al Centro de Dispensación para hablar con su Director.

Efectivamente, la persona a la que hace referencia esta queja es un enfermo toxicómano, que

recibe tratamiento con metadona, igual que su esposa, en el citado Centro.

No existe, según el criterio de los médicos que le atienden, ninguna irregularidad aparente, excepto la interferencia y las ausencias en algunos días que se justifican por problemas personales.

No tiene ninguna relación formal la asistencia a la consulta del facultativo, que denuncian, con su tratamiento en el citado Centro de Dispensación, donde la atención es totalmente gratuita.

La madre, que es quien se dirige a nosotros, ha presentado al parecer, una denuncia contra el citado médico del que nos aporta datos y domicilio. El asunto está sub-iudice.

Con ocasión de la investigación de esta queja hemos tenido la oportunidad de conocer las actividades del Centro de Dispensación de metadona dependiente de la Dirección Provincial de Sanidad, que se creó al amparo de la Orden de 31 de octubre de 1985.

Desde esa fecha han sido atendidos en este Centro 175 heroinómanos.

QUEJA número 4.556/86. Familiares de personas afectas de toxicomanía, que se encontraban

recibiendo tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Villaviciosa de Odón, dependiente de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Manifestaban que sus familiares, en proceso de rehabilitación, debieron trasladarse desde Cercedilla (donde provisionalmente había funcionado la Comunidad) hasta Villaviciosa, a pesar de que las obras del nuevo local no estaban finalizadas; habían sido paralizadas por orden judicial y pendientes del juicio oral). En el momento del traslado, tanto los familiares como los enfermos conocían la situación y decidieron voluntariamente que, por la urgencia y la trascendencia del asunto, valía pasar unas incomodidades transitorias. Se dirigieron a nuestra Institución para solicitar la mediación entre la Comunidad Autónoma de Madrid, Consejería de Salud y Bienestar Social y el Ayuntamiento de Villaviciosa de Odón, con el fin de conseguir que sus familiares pudieran seguir en esa Comunidad Terapéutica, ya que les era imprescindible en su proceso de recuperación. Señalaban que la etapa de estancia en ese régimen de comunidad era totalmente necesaria y que en esos momentos no existía ningún otro lugar de dependencia pública donde pudieran estar. Además, solicitaban que la mediación del Defensor del Pueblo tuviese también como finalidad la desaparición de las presiones y tensiones que se estaban produciendo alrededor de este asunto, con repercusiones en la prensa y que indudablemente estaban afectando

gravemente a las posibilidades de recuperación de los enfermos.

En visita realizada por asesores de esta Institución a la Comunidad Terapéutica de Toxicómanos de Villaviciosa de Odón, se pudo conocer la situación en la que se encontraban en aquel momento diecinueve personas en tratamiento rehabilitador de su toxicomanía, junto con cinco miembros del Equipo Terapéutico.

El resultado de las investigaciones proporcionó los siguientes datos:

"Las casas que utilizaban no estaban terminadas en cuanto a pintura, carpintería e instalaciones de agua caliente, gas y electricidad. Se calentaban con chimeneas y estufas de gas en las estancias comunes, donde realizaban actividades culturales, pero los dormitorios carecían por completo de fuentes de calor y sólo disponían de agua fría.

No había luz eléctrica, por lo que no podían tener medios para conservar los alimentos (neveras) y se les suministraba diariamente la comida transportada desde Madrid.

Las personas, que allí se encontraban, pidieron que se le transmitiese al Defensor del Pueblo su agradecimiento por el interés demostrado y le sugerían que se pusiese en contacto con la Asociación de Vecinos de Villaviciosa de Odón, para que accediesen a ser informados sobre lo que era la toxicomanía y sus efectos, así como la importancia de estos Centros de Rehabilitación para las personas enfermas que quieren curarse".

Con posterioridad a nuestra intervención, se dictó sentencia por la que se levantó la suspensión que pesaba sobre la obra adjudicada, permitiendo así la continuación del acondicionamiento de las instalaciones de la Comunidad Terapéutica.

QUEJA número 12.201/86. Se trataba de dos hermanos toxicómanos, miembros de una familia de ocho hermanos, donde otro hermano mayor es drogadicto desde hace ocho años, pero del que piensan que es imposible que se recupere.

No disponen de medios económicos, porque su padre murió y solo trabaja uno de sus hermanos (40.000 pts). Quieren curarse y han acudido a un Centro Público, pero hace siete meses que esperan les concedan una plaza gratuita.

141.

Se dió traslado a la Comunidad Autónoma de Madrid y se está a la espera de contestación.

QUEJA número 14.034/86. El interesado tiene un hermano drogadicto, que está en situación de deterioro físico y psíquico importante.

Es muy violento en casa, sobre todo con su madre, y ha robado en repetidas ocasiones para obtener su dosis habitual.

También tiene reacciones muy agresivas, en las que ha llegado a producir lesiones a la madre, que sufre depresiones nerviosas.

Dice el reclamante que ha acudido a la policía a presentar denuncia, pero por tratarse de un familiar no pueden hacer nada. Terminan su escrito diciendo:

"No es el caso de un delincuente el que exponemos, sino de una persona enferma que no encuentra quien le quiera curar dentro del marco de las prestaciones a cargo de la Seguridad Social, no por falta de voluntad dentro de los cuadros médicos, sino por un gran vacío de medios.

Esperamos que entiendan que no queremos condenar a mi hermano a ser un delincuente; nuestro ánimo es reinserterlo

con plenas garantías y no empapelarlo de condenas".

Actualmente está pendiente de juicio por robo, bajo el síndrome de abstinencia.

II) PROTECCION JURIDICA.

1. Tutela de la libertad y capacidad jurídica.

1.1. Internamiento.

a) Información.

QUEJA número 2.587/84. Formulada por una enferma psíquica, que lleva once años en el Hospital Psiquiátrico de la Diputación Provincial de Zaragoza, donde fué llevada por un sobrino suyo, a quien no ha vuelto a ver. No sabe si tiene derecho a cobrar una pensión por ser maestra jubilada. Solicita la intervención del Defensor para que inste al sobrino que vaya a recogerla.

Una vez realizadas las investigaciones oportunas, se ha podido constatar que esta enferma, de 80 años, padece una enfermedad mental, a la que

se añade sordera y pérdida de visión, además de una hipertensión.

Tiene una hermana que acude en alguna ocasión al Hospital para interesarse por la enferma, igual que su sobrino, que es quien percibe la pensión de jubilación, y con ella paga los gastos de la estancia en el Centro, aunque ninguno de los dos pasan a visitarla.

Se ha comprobado que no existe ninguna irregularidad en su internamiento.

b) Autorización.

QUEJA número 5.290/85. Se trataba de un caso urgente, en el que la interesada se dirigió por teléfono a nuestra Institución, relatando que se encontraba inválida en la cama, por haber sufrido recientemente una intervención quirúrgica en una clínica de Madrid. El día de alta, al llegar a su domicilio (en ambulancia), se encontró con que su única hermana, enferma mental desde hace treinta años, se había instalado en su vivienda, llevando consigo sus enseres personales.

Al parece. la enferma mental la tiene prácticamente secuestrada, no facilitándole alimentos, ni los cuidados mínimos necesarios en una situación de convalecencia como la que padece. Alegaba que había llamado a la Policía Municipal, al

Ayuntamiento e, incluso, a la Comisaría, sin obtener resultado alguno.

Ha hablado por teléfono también con el Juzgado, pero le dicen "que la interesada debe acudir personalmente para solicitar la intervención del Juez".

Ante esta situación, consultada el área de Justicia, se desplazaron al domicilio de la reclamante dos Asesores de la Institución. Se pudo comprobar que, en efecto, la persona, que ha llamado por teléfono, se encuentra en la cama aislada y que en la misma vivienda habita otra persona con muy mal aspecto, que presenta conducta agresiva contra todos.

Se solicitó la ayuda de una limpiadora, que frecuenta la casa, para cumplimentar la solicitud al Juzgado Decano y que pueda procederse al internamiento de la enferma mental.

Al parecer, en un primer momento, se les requería un certificado médico actualizado por el psiquiatra, que durante años había tratado a esta enferma mental, y, posteriormente, al cabo de varios días, les anuncian la llegada del médico forense.

En este caso, el ingreso, con autorización judicial, se realizó el día 15 de septiembre, habiendo transcurrido cinco meses desde que esta Institución realizó la visita al domicilio de la

interesada y en consecuencia, desde que se presentó la solicitud en el Juzgado.

QUEJA número 5.196/86. Comparecieron por escrito 16 vecinos de una finca de San José de Valderas (Madrid), manifestando que "en el cuarto piso de la citada finca, la propietaria, que vive sola, presenta enfermedad mental con graves trastornos de conducta, potenciados por la ingestión de alcohol. Como consecuencia de este estado, está en unas condiciones de insalubridad, que repercute en la higiene y limpieza de los espacios comunes con otros vecinos.

Al parecer, han intentado durante dos años que se efectuase una inspección sanitaria, así como que se atendiese a la supuesta enferma, sin conseguirlo.

Considerando que la queja, además de reunir los requisitos formales para su admisión, era de tratamiento urgente, se iniciaron las gestiones ante la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

Se procedió por el Servicio Regional de Salud, con gran diligencia, a la valoración de la situación clínica de la supuesta enferma y se le ingresó en la Unidad de Admisión de los Servicios de Salud Mental de Leganés.

No obstante, habiendo resuelto el traslado de la persona indicada a un Centro adecuado, esta Institución se dirigió al Ayuntamiento de Alcorcón, solicitando que, además de la intervención de los Servicios de la citada Corporación Local, tendentes a retirar los cadáveres de animales, que existían en el interior de la vivienda, se adoptasen otras medidas de saneamiento y se procediese a una total desinfección de la misma, corrigiendo las causas más perentorias de insalubridad que puedan existir.

En este sentido, la comunidad de vecinos, se ha vuelto a dirigir a esta Institución, manifestando su insatisfacción por el funcionamiento y la demora con que vienen actuando los Servicios de esa Corporación Local.

QUEJA número 10.162/86. El Presidente de una Comunidad de Vecinos, en representación de otros quince, nos escribió con carácter de urgencia manifestando que una inquilina de la finca, casada y al parecer enferma mental desde hacía varios años, provocaba permanentemente altercados con el resto de los vecinos, habiendo llegado a lesionar a un niño de 13 años, que tuvo que ser asistido en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de Valladolid.

La referida, presunta enferma, había estado ingresada en un Hospital Psiquiátrico anteriormente, pero en ese momento, a pesar de las denuncias que los vecinos habían presentado ante los Juzgados,

Gobierno Civil, Ayuntamiento, Diputación Provincial y Organismos de la Autonomía de Castilla-León, no se había conseguido poner fin a esa situación.

A indicación de esta Institución, presentaron escrito ante el Fiscal-Jefe de la Audiencia Territorial de Valladolid, para que se iniciase, si procedía, el expediente oportuno, al amparo del artículo 211 del Código Civil.

Actualmente aún está pendiente de resolución.

QUEJA número 11.278/86. Se personó en esta Institución un vecino de la calle Abeiro, de Madrid, manifestando la necesidad de internamiento de un enfermo mental de 28 años, que vive solo y que ha lesionado en varias ocasiones a otros vecinos, sin que la policía haya podido resolver esta situación.

Adjuntaba un certificado del Juzgado de Primera Instancia n° 14 de Madrid, donde se hace mención del informe emitido por el Médico Forense de ese Juzgado, diagnosticando enfermedad mental grave y el acuerdo adoptado por S.S. de autorizar el internamiento del citado enfermo en un Centro Psiquiátrico.

Al reclamante se le indica la posibilidad de dar traslado al Ministerio Fiscal.

1.2. Incapacitación.

QUEJA número 14.779/84. Fue formulada por la madre de un esquizofrénico, que había prendido fuego a su vivienda en tres ocasiones, y que, a pesar de haber sido ingresado en el Hospital Psiquiátrico del Puerto de Santa María, salía de alta inmediatamente o se fugaba, sin que se responsabilizaran, en ningún caso, las autoridades sanitarias y administrativas del Centro. Existía el agravante de que, en esta misma familia, otro hijo padecía paraplejia y era agredido brutalmente por el enfermo mental.

Esta Institución solicitó informe al Hospital Psiquiátrico del Puerto de Santa María, donde, entre otras cosas, se nos indicó que "puede ser considerado como un enfermo social y que no existe un tratamiento específico, desde el punto de vista médico psiquiátrico, siendo conveniente su traslado a un Centro Especial".

Ante la inexistencia de Centros adecuados, esta Institución ha requerido la ayuda del Centro de Salud, próximo a su domicilio, en el Campo de Gibraltar, para que fuese valorada la situación clínica de este paciente y se le ofreciese al menos, la ayuda de un tratamiento ambulatorio continuo.

QUEJA número 14.327/85. Su padre de 60 años padece esquizofrenia desde hace veintiuno.

Ha estado ingresado en el Hospital Psiquiátrico de Jaén y, posteriormente, en el de Castellón, con salidas a su domicilio cuando mejoraba. En algunas ocasiones, el enfermo ha intentado matar a su esposa y a su hijo menor, lo que motivaba inmediatamente su internamiento. En los últimos meses, ya no le han permitido internarle, porque le han dicho a la familia que "no existen Hospitales Psiquiátricos que tengan enfermos crónicos", por lo que está en su domicilio, encerrado con llave, en una habitación. Al parecer, intentaron su incapacitación al amparo de la legislación vigente, pero el Juez lo desestimó.

El enfermo ha abandonado su residencia y se ha recluso solo en una casa de su propiedad en un pueblo. Últimamente, agrede a los vecinos y vaga como un mendigo, comiendo lo que encuentra, sin ningún control. El hijo, que nos escribe, llama la atención sobre la falta de asistencia a este enfermo.

De las investigaciones que la Institución ha realizado, pudimos comprobar que el peritaje del médico forense para su posterior incapacitación, se realizó en un momento en el que el enfermo estaba ingresado en el Hospital, recibiendo la medicación correctamente y presentaba una mejoría clínica. Al

ser dado de alta, el enfermo vuelve a recaer sistemáticamente.

Se informa a la familia para que vuelva a instar al Juez la práctica de un reconocimiento en el lugar donde actualmente se encuentra el paciente.

1.3. Tutela.

QUEJA número 20.962/83. Un grupo de ciudadanos planteaban un problema de abandono de una enferma mental por su familia, que ocasionaba graves alteraciones en la convivencia.

Teniendo en cuenta la especial naturaleza de estos casos y las disposiciones contenidas en la Ley 13/1983, de 24 de octubre de reforma del Código Civil en materia de tutela, la gestión de esta Institución ha sido en orden a conocer los datos reales del problema, al mismo tiempo que dirigirse a los órganos de la Comunidad Autónoma competente para conocer y orientar hacia los dispositivos asistenciales que pudiesen ser prestados en su caso.

QUEJA número 13.027/85. Nos escribió un médico del Hospital "Marqués de Valdecilla", para poner en conocimiento del Defensor del Pueblo el siguiente suceso: Una joven de quince años, que ingresó por padecer tuberculosis, fue sacada del Hospital por la madre para llevarla al domicilio

donde la quitó el tratamiento médico prescrito. Esta mujer es una enferma mental.

Considerando los médicos que se debía proceder a un ingreso psiquiátrico de esta segunda paciente, la Dirección del Centro se puso en contacto con el Juez Instructor de guardia de Santander, pero, al parecer, no se llevaron a cabo ninguna de las acciones que ellos solicitaban. Un mes más tarde, en la prensa se leía lo siguiente: "La policía ha descubierto a una joven de quince años muerta en su domicilio desde hacía siete días y custodiada por la madre", refiriéndose al presente caso. El interesado cree que, posiblemente, se hubiese evitado la muerte de esta enferma, si las Autoridades hubiesen actuado convenientemente.

Nuestra Institución tiene conocimiento que la Dirección del Centro Hospitalario se puso en contacto con el Juez Instructor de guardia de Santander, pero no se había realizado ninguna de las acciones judiciales necesarias para ingresar a la madre, enferma mental, en un centro psiquiátrico.

Hemos informado al médico reclamante, que nos ha remitido la queja. Desde el punto de vista legal, él mismo podía haber puesto en conocimiento del Ministerio Fiscal la situación referida.

QUEJA número 3.085/86. Por su significación, nos permitimos transcribir:

La interesada natural y con domicilio en Valencia, de profesión asistente de hogar, expone textualmente:

"Que contraí matrimonio en el año 1.962, matrimonio del que nacieron cuatro hijos que en la actualidad tienen 21, 19, 18 y 13 años de edad. En el año 1979 nos separamos (por consejo médico) de mutuo acuerdo dada la enfermedad que padecía mi marido (esquizofrenia/alcoholismo) y la influencia nociva que ejercía sobre nuestros hijos. Los niños quedaron bajo mi tutela.

Para sacar a mis hijos adelante he venido realizando tareas de asistente de hogar, lo que nos ha ido permitiendo subsistir, sin ayuda adicional de ningún tipo.

El problema que me ha inducido a recurrir finalmente a usted es mi inmensa desesperanza ante el problema de mi hija mayor. De mis cuatro hijos dos de ellos (la mayor de 21 años y el segundo de 19) padecen una esquizofrenia diagnosticada médicamente. Si bien la situación de mi hijo parece de momento estar controlada mediante tratamiento ambulatorio, el caso de mi hija se ha convertido para todos nosotros en un sufrimiento día a día.

Paso ahora a exponerle el caso de mi hija:

Ya a los 12 años y tras observar trastornos de conducta, llevé a mi hija al Psiquiátrico de Bétera-Departamento Infantil, donde tras ser reconocida me indicaron los facultativos la necesidad de asistencia a consultas externas en el Hospital Clínico, lo cual fué prácticamente imposible dada su rebeldía, la falta de una asistencia continuada imposibilitó cualquier resultado positivo del tratamiento. Así pasaron aproximadamente un año o año y medio.

Posteriormente y de forma sistemática mi hija inicia las fugas de casa, sin poderlo impedir de ninguna forma (su único objetivo era fugarse, buscando siempre para ello el momento oportuno). A partir de ese momento y durante varios años las llamadas de la Policía desde las provincias más diversas de España, incluso del extranjero se repiten de forma idéntica: "hemos encontrado a una joven, semidesnuda, tirada en la calle", ese mismo día o al día siguiente mi hija es ingresada en el Psiquiátrico correspondiente, según la provincia donde hubiera sido encontrada (en ocasiones a la

orilla del mar, semi-inconsciente, tirada en un campo, violada, etc..) a los pocos días una de dos: o mi hija se había escapado nuevamente o es traída en ambulancia al Psiquiátrico de Bétera donde permanece uno, dos, máximo siete días, hasta que nuevamente vuelve a escaparse ...

Durante los últimos cuatro años mi hija ha sido ingresada en la mayoría de los Psiquiátricos españoles, y algunos del extranjero, llevada siempre por la policía. Le expongo a continuación una lista de los Psiquiátricos que recuerdo:

Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

- " Alonso Vega (Madrid).
- " de Alicante.
- " de Gerona.
- " de Murcia.
- " de Málaga.

En Italia:

Psiquiátrico de Ventimiglia.

- " de Impera.
- " de Milán.
- " de Mansalvo.

En Francia:

Psiquiátrico de Perpignan.
" de Montpellier.
" de Narbona.

Tras breves estancias (máximo un mes) mi hija se escapa en unas ocasiones, en otras y cuando se trata de Psiquiátricos en el extranjero es traída en ambulancia a España, reingresada en Bétera, hasta que nuevamente vuelve a escaparse o le dan el alta, ya que mi hija es para ellos un problema, y yo me pregunto ¿si un enfermo mental es un problema para el Psiquiátrico de Bétera quieren decirme donde tienen la obligación de atender a mi hija ...?

Mi hija en su deambular por las diversas provincias de España y el extranjero ha sido víctima de las mayores canalladas: abusos deshonestos, violaciones (gracias a Dios padece de ovarios poliquísticos), prostitución (a cambio de unos cigarros, una prenda de ropa, una copa ...) divertimento de vagabundos, alcohólicos y desaprensivos.

La falta de un tratamiento continuado, su vagabundeo continuo, el acceso a todo tipo de drogas y alcohol que individuos sin conciencia le proporcionan con el fin de conseguir sus deseos, la han llevado a un estado tan lamentable que al enorme

deterioro mental hay que añadir un horrible deterioro físico (padece todo tipo de enfermedades infecciosas, así como piojos, y ello unido a una cojera ya irreversible como consecuencia de una caída cuando intentaba escaparse del Psiquiátrico de Narbona por una de las ventanas).

En la Comunidad Valenciana adonde pertenezco y donde resido he acudido a todos los Organismos posibles, pidiendo siempre lo mismo: el ingreso de mi hija en un Centro adecuado donde se garantice que llevará un tratamiento el tiempo que sea necesario hasta que al producirse una mejoría pueda ser posible el continuar el tratamiento en casa, cosa que hoy por hoy es imposible ya no solo por el lamentable estado en que se encuentra, por la imposibilidad de reternerla, sino también por el influjo tan negativo que ejerce sobre sus hermanos cuando está en casa (máximo uno, dos, tres días).

He acudido entre otros a los siguientes Organismos:

- Excma. Diputación Valenciana (de donde depende directamente el Psiquiátrico de Bétera), con la finalidad de entrevistarme con su Presidente, o con el Diputado de

Sanidad, o con su Vicepresidente, sin conseguirlo, dejando entonces toda la documentación referente al caso de mi hija, obteniendo por toda respuesta la negativa a recibirme.

- La Casa de la Misericordia (dependiente de la Diputación).
- La Dirección General de Sanidad.
- La Dirección General de Asistencia Hospitalaria.
- El Patronato de Protección a la Mujer.
- Excmo. Ayuntamiento de Valencia; Centro Sanitario Municipal.
- Excmo. Sr. Presidente de la Audiencia Territorial de Valencia.
- Excmo. Sr. Fiscal de la Audiencia Territorial de Valencia.
- Diversos Jueces así como Juzgados de Guardia .. etc., etc..

Se que algunos de estos Organismos no son competentes en el tema, pero mi desesperación me ha llevado a recurrir a ellos.

Ahora y tras agotar a nivel de la Comunidad Valenciana todos los sitios a donde acudir, me dirijo a usted suplicándole su ayuda, pues para mi hija o se busca una solución o cualquier día aparecerá muerta, pues su estado es tal que por donde va es rechazada, maltratada en múltiples ocasiones y víctima de desaprensivos.

Repetidas veces me he oído la misma respuesta: "En la Comunidad Valenciana los Centros Psiquiátricos que existen son abiertos porque es anticonstitucional tener encerrada a una persona contra su voluntad ..." pero yo considero que por desgracia la enfermedad mental en ocasiones requiere una temporada más o menos prolongada donde el enfermo es tratado, vigilado en el cumplimiento del tratamiento hasta que se experimente la mejoría que haga capaz el tratamiento en régimen totalmente abierto. En mi opinión lo anticonstitucional es permitir que seres enfermos por falta de centros adecuados sean víctimas de tantas canalladas, a la vez que la falta de tratamiento adecuado imposibilite una posible recuperación si no total si parcial.

Solo me resta decirle que el Psiquiátrico de Málaga es donde mi hija ha pasado los últimos días, el viernes 28 de febrero me comunicaron que se les había escapado ... hasta el momento no he vuelto a tener noticias de ella".

Adjunto al referido escrito, se nos remitió una exhaustiva documentación, que ponía de manifiesto la veracidad de los datos señalados.

Sin entrar a prejuzgar los hechos relatados por la interesada, dimos traslado tanto al Consejero de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana como al Presidente de la Diputación, con el fin de que se nos informara de los antecedentes que las Autoridades conocieran en relación con el caso expuesto, así como, de las medidas que se pudieran arbitrar para la resolución del mismo.

También con la misma fecha se dió traslado al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad mediante escrito que no ha sido contestado.

La respuesta a nuestros requerimientos desde la Excmo. Diputación Provincial y de la Consejería de Sanidad es similar. En ambos casos se nos ha remitido un informe clínico del Director del Hospital Psiquiátrico de Bétera, centro en el que, entre otros, ha estado internada en ocasiones la enferma.

Se manifiestan diferentes criterios entre los facultativos, tanto ordinarios como forenses, indicando, en algunos, la necesidad expresa y urgente de que la referida enferma sea internada para su tratamiento y, en otros casos, opinando que puede ser tratada ambulatoriamente.

A lo largo de la tramitación de esta queja, la interesada, madre de la enferma, ha seguido aportando documentación y manifestando las dificultades con que se sigue encontrando al haberse fugado su hija en numerosas ocasiones y habiendo aparecido lesionada en la vía pública a varios kilómetros de su domicilio.

Por nuestra parte, se ha podido observar que, si bien, cuando se refieren al tratamiento ambulatorio indican la necesidad de colaboración de la madre de la paciente, aspecto que a nosotros se nos ocurre imposible, ya que, desbordada por esta situación, rechaza su aportación para cualquier terapéutica domiciliaria.

Hay que tener presente que en la misma familia existe otro enfermo esquizofrénico.

El 1 de octubre de 1986, esta Institución envió al Excmo. Sr. Fiscal General del Estado copia de todo el expediente, con el fin de que se pudiera promover, en el caso de que se estimara procedente, las actuaciones previstas en el artículo 203 del

Código Civil y en su Estatuto Orgánico, la situación que afecta a esta presunta incapaz.

El 14 de noviembre de 1986, se recibe del Fiscal General del Estado el informe que a su vez le había remitido el Fiscal Jefe de la Audiencia Territorial de Valencia, en los siguientes términos:

"Por comunicación telefónica del Excmo. Sr. Defensor del Pueblo, y por posterior comparecencia efectuada por la reclamante, esta Fiscalía interesó del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), y el Excmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Valencia, informes acerca de la situación en que se encuentra la enferma; de los informes remitidos por el Director del Hospital Psiquiátrico de Bétera, se desprende que se encuentra de alta con fecha 8 de septiembre de 1986, ya que la única posibilidad de tratamiento sería ambulatoria y no internamiento en ese Centro. Sobre las medidas de seguridad existentes en el mencionado Hospital, no se ha recibido contestación, hasta la fecha de la Diputación Provincial de Valencia".

Sin entrar a valorar los diferentes criterios médicos, diagnósticos y terapéuticos, esta Institución insiste ante el Fiscal General del Estado en la necesidad de que sea atendida esta

paciente, mediante cooperación de los organismos administrativos sanitarios y de la autoridad judicial.

1.4. Toxicómanos régimen penitencia
rio.

QUEJA número 7.416/85. Se dirigió al Defensor del Pueblo la Concejal de Servicios del Ayuntamiento de Quart de Poblet (Valencia) para plantear el caso de un muchacho de veinte años, que estaba en una granja de rehabilitación para toxicómanos, desde hacía un año, y había sido condenado a seis meses y un día de arresto menor. Es uno de los pocos drogadictos que ha ingresado voluntariamente para curarse.

La interesada pedía la intervención de la Institución para que se intercediera ante el Juez con el fin de que el toxicómano cumpliera la condena en un centro de rehabilitación.

Este problema ha sido motivo de una recomendación al Ministerio de Justicia.

QUEJA número 11.015/85. La interesada envió varios escritos solicitando ayuda para su hermano toxicómano, quien, al parecer, está pendiente de varios juicios por haber cometido delitos bajo los efectos de la droga. Se encuentra

actualmente en el Penal de Cuenca y ella pretende que se le conceda un tercer grado; porque, al parecer, le han encontrado un puesto de trabajo.

En la carta respuesta se le orientó para que se dirigiese al Equipo de Observación y Tratamiento del Centro en el que su hermano se encuentra cumpliendo condena y que, en el caso de discrepar con su clasificación penitenciaria, debe de recurrir al Ilmo. Sr. Juez de Vigilancia por vía de recurso de reclamación, en conformidad con lo dispuesto en la Ley General Penitenciaria de 26 de septiembre de 1979.

Como puede observarse, las quejas de los toxicómanos sólo parcialmente han podido ser resueltas y, en algunos casos muy concretos, coincidiendo generalmente con las procedentes de Comunidades Autónomas, en las que ya se ha puesto en marcha un Plan de Actuación eficaz.

QUEJA número 16.120/85. Se dirige a la Institución la madre de un toxicómano de 26 años, viuda, que tiene a su cargo otro hijo de 22 años sin trabajo y a su madre anciana. Los ingresos mensuales ascienden a 11.000 pts. de subsidio de la madre, más 18.000 pts. de su trabajo.

En primer lugar, solicitaba información y ayuda para el internamiento de su hijo que

presentaba, además de su toxicomanía, trastornos psíquicos y orgánicos asociados (hepatitis).

Se dió trámite a esta queja y el enfermo fué admitido en el Hospital Psiquiátrico "Santa Isabel" de León, de donde pronto salió de alta. Volvió a su lugar de residencia recayendo a las dos semanas de su llegada.

En este momento la madre volvió a escribir para que le gestionásemos un empleo indicándole la imposibilidad de hacerlo. A las tres semanas se volvió a recibir escrito de la interesada manifestando que su hijo había ingresado en estado de coma en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Camino de Santiago".

Después de su mejoría y con gran esfuerzo económico por parte de la familia, (pues ya hemos indicado los ingresos mensuales), le llevaron a una Granja Terapéutica privada, donde continuaba la rehabilitación.

Más tarde la madre volvió a escribir confiándonos su preocupación, porque su hijo, que tenía varios juicios pendientes, había tenido que ingresar en prisión. Por último, según nos manifestaba la madre, actualmente y dentro del Centro Penitenciario, su hijo sigue consumiendo heroína y psicofármacos. "Comparte su jeringuilla con otros toxicómanos con el consiguiente riesgo de contraer enfermedades infecciosas".

La tramitación de esta queja se está llevando a cabo con el Equipo de Toxicomanías de la Delegación Territorial de Bienestar Social de León, de reciente creación.

Como consecuencia de su situación penal, hasta dentro de tres años y diez meses no se podría solicitar su libertad condicional, independientemente del tiempo que se pudiera computar por remisión de las penas por el trabajo.

QUEJA número 6.533/86. Escribe un interno preventivo desde el Centro Penitenciario n° 1 de Madrid, con el fin de dar a conocer datos sobre el tráfico de drogas.

2. Educación.

QUEJA número 15.209/85. Presentada en esta Institución por el padre de un niño de 9 años, minusválido psíquico, que encontrándose en el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, había sido golpeado brutalmente por un compañero, al encontrarse solos, sin vigilancia, precisando internamiento en un Hospital por la gravedad de las lesiones.

Se hacía referencia a la visita efectuada al Centro para practicar una investigación amplia

por Asesores de esta Institución, que habían observado varias deficiencias en los edificios que ocupan los internos.

A pesar de la importancia de los acontecimientos, que se reflejaban en esa queja, no se recibió contestación de la Subdirección General de Educación Especial hasta el 22 de septiembre de 1986, es decir ocho meses después, manifestándose los siguientes extremos:

"1.- Con fecha junio de 1983 la Inspección General de Servicios, elaboró un informe, en el que entre las muchas irregularidades detectadas en el I.N.R.I. denunciaba "que en general todo el personal del Centro incumplía el horario establecido". A pesar del contenido del Informe, al que se hace referencia, no se tomó en su momento ninguna decisión orientada a corregir dicha irregularidad.

A comienzos del curso 85-86, la Subdirección General de Educación Especial, elaboró un estudio sobre los horarios y la coordinación entre los servicios del Centro. Dicho estudio dió como resultado que el horario establecido en el Centro (jornada continuada de 8 a 3) provocara una congestión en la actividad de la mañana, ya que en este horario incidían sobre los 126 alumnos 43

profesionales, quedando la tarde sin actividades que permitieran la adecuada atención y control de los alumnos.

Como primera medida para corregir esta situación se cambió el horario del personal docente, que en la actualidad realiza su trabajo en jornada partida de 10 a 1 por la mañana y de 3 a 5 por la tarde. Este mismo horario se ha propuesto para todo el personal laboral, que realiza su actividad directamente con los alumnos, estando en la actualidad pendiente de resolución.

En reuniones mantenidas con la A.P.A. del I.N.R.I. por esta Subdirección General, éstos han manifestado su apoyo a toda propuesta que vaya encaminada a mejorar la atención de sus hijos.

Es de esperar que al ampliar el tiempo de atención de los alumnos a partir de un programa de actividades más amplio, hechos como el ocurrido el 12 de noviembre en la persona del niño lesionado, puedan evitarse.

2.- El edificio en el que actualmente está ubicado el I.N.R.I. es inadecuado, no reuniendo en general las condiciones

necesarias para atender a niños con deficiencias motoras graves.

Por esta razón el Ministerio de Educación y Ciencia, dentro de su programa de reorganización de toda la Educación Especial, tiene previsto la creación de un nuevo Centro para la atención de deficientes motóricos, que se construirá en solares del Ayuntamiento situados detrás del Hospital Oncológico de Madrid y próximos al Centro Sanitario "La Paz". Se prevé que este nuevo Centro entre en funcionamiento para el Curso 87-88.

Hasta que ese momento llegue, se pasa nota a la Unidad Técnica para que realice las obras necesarias con el fin de corregir cualquier deficiencia que exista en el Centro en previsión de cualquier situación de peligro."

Con intención de contrastar este informe, volvieron a desplazarse los Asesores al citado Centro el día 16 de diciembre de 1986, pudiendo informar de los siguientes aspectos:

"El Director del Centro que desempeña su cargo desde el pasado mes de marzo, manifestó que el alumno lesionado, una vez recuperado de las lesiones sufridas el día 12 de noviembre de 1985, se incorporó a un

Centro de Educación Especial en Pozuelo de Alarcón. También el otro interno que había participado en el incidente, había sido trasladado al Hospital Psiquiátrico Infantil "Fray Bernardino Alvarez", de Madrid.

En relación con las observaciones que esta Institución había hecho sobre las deficiencias arquitectónicas que podían afectar a la seguridad de los ocupantes, se ha podido comprobar que las vallas que deberían limitar la finca, continúan en el mismo estado, sin haberse procedido a la reconstrucción.

Tampoco se han modificado las salidas de emergencia de uno de los pabellones anexos, donde los alumnos practican diferentes actividades.

Sin embargo, se nos indicó que desde primeros de enero de 1986, la jornada del personal docente del Centro es de 10 h. a 13 h. y de 15 h. a 17 h., pero no así la de los educadores y demás personal laboral, con lo que la distribución de los profesionales no está adecuada a las necesidades del Instituto.

Se comentó la conveniencia de que los autobuses de transporte escolar (seis en

total), sean adaptados para los niños que usan sillas de ruedas, porque además de no ser una operación costosa económicamente, evitaría los accidentes que se producen al ser trasladados manualmente (fractura de pie en un niño, en los últimos días).

Al parecer, y en relación con los diferentes aspectos señalados anteriormente, ya la Dirección del Instituto se ha dirigido en diferentes ocasiones tanto a la Dirección Provincial, como a la Subdirección General de Educación Especial, sin que hasta el momento se hayan encontrado soluciones a estos problemas".

Por cuanto antecede, esta Institución no ha podido admitir de conformidad el citado informe que se recibió del Ilmo. Sr. Subdirector General de Educación Especial".

Posteriormente, se ha dado traslado y se han formulado recomendaciones al respecto al Sr. Ministro de Educación y Ciencia.

3. Ambito laboral.

GUEJA número 34/84. El interesado manifiesta que su cuñado de 40 años de edad, trabajador con categoría de peón en la empresa

Potasas de Navarra S.A., solicitó prestación de invalidez permanente, expediente 31/84-10.126 (1.634/84), que fué denegada por la Dirección Provincial de la Seguridad Social de Navarra, en fecha 20 de agosto de 1984.

Al estudiar con detenimiento la documentación que nos adjunta y habiendo podido ratificar los datos, en la visita personal que el interesado, junto al trabajador, hizo a esta Institución en el pasado mes de diciembre, observamos una posible discordancia entre el diagnóstico que figura en diferentes documentos con "hipoacusia de percepción bilateral, deterioro psíquico, retraso mental, artritis reumatoide" y la consideración de que "no presenta una reducción funcional grave susceptible de determinación objetiva y, previsiblemente, definitiva que disminuya su capacidad laboral según el concepto de invalidez permanente definido en la consiguiente legislación".

Teniendo en cuenta, de una parte, que las actividades, que al parecer realiza este trabajador, son en una mina bajo tierra y que corre grave peligro, al no poder percibir en un momento dado las señales acústicas de alarma, y la dificultad de movimientos o manipulación de sus instrumentos de trabajo, como consecuencia del proceso artrósico degenerativo que sufre y, de otra parte, que este enfermo vive bajo la tutela de una cuñada que, según nos indica el promotor, no está interesada en que

prospere la concesión de esta pensión de invalidez que, en su día, por este motivo, no recurrió, es por lo que esta Institución ruega a V.I. nos informe de la posibilidad de que la Inspección de Trabajo promueva la nueva solicitud de invalidez, considerando que, aún cuando al ingresar él en la empresa era ya un débil mental, no presentaba, desde luego, ni sordera ni la artrosis degenerativa progresiva que padece actualmente.

Habida cuenta de la frecuente y grave situación de indefensión de los enfermos mentales, el Defensor del Pueblo intentó que la Inspección de Trabajo iniciara de oficio los procedimientos administrativos relativos al reconocimiento de la invalidez ante las Comisiones de Evaluación del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Iniciada la oportuna investigación ante la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, se recibió con fecha 2 de julio de 1985 respuesta de la Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social en los siguientes términos:

"A la vista del contenido del citado escrito, por parte de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social se ofició a la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Navarra al objeto de que se remitiese a este Centro Directivo los antecedentes del caso.

Examinados los mismos por la Dirección General competente se desprende de manera indubitada que no existen razones para que el criterio de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Navarra sea modificado, máxime cuando el propio trabajador interesado tiene expedita la vía para iniciar, un nuevo expediente ya que al no haber recaído pronunciamiento expreso sobre el grado de invalidez no es preciso agotar el plazo de dos años previsto para la revisión en el artículo 38 de la O.M. de 15 de abril de 1969.

De otro, respecto a las actividades en el interior de las minas con los eventuales riesgos personales del trabajador, signifíco a V.I. que la seguridad en el trabajo en el interior de las minas es competencia de la Inspección de Minas y no de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social".

En vista de la respuesta no favorable de la Administración, se asesoró al interesado sobre la conveniencia de resolver unilateralmente su contrato de trabajo y solicitar la prestación y subsidio de desempleo, sin perjuicio de su derecho a iniciar nuevamente el expediente sobre incapacidad ante las Comisiones de Evaluación del I.N.S.S.

QUEJA número 15.574/84. Planteada por una viuda de cuarenta y tres años con tres hijos, de los que el mayor padece esquizofrenia desde los veintidós años.

Tenía un puesto de trabajo en el que, al no poder rendir lo suficiente, le ofrecieron el finiquito y él lo aceptó sin tener conciencia exacta de lo que estaba haciendo por las interferencias de sus trastornos psíquicos.

Posteriormente, acudió a la Magistratura de Trabajo con la intención de obtener alguna prestación, pero fue desestimada su pretensión.

En este caso, al existir una resolución judicial, esta Institución no puede intervenir, si bien se le orienta a la solicitud de prestación de ayuda familiar por padecer enfermedad invalidante crónica (3.000 pesetas).

QUEJA número 11.067/85. El interesado se presentó en la sede del Defensor del Pueblo, para presentar su escrito de queja.

Se trataba de un enfermo mental que había solicitado ante el Instituto Nacional de Servicios Sociales la calificación de su minusvalía con el objeto de obtener las prestaciones reglamentarias, en base a lo dispuesto en el Real Decreto 383/1984,

de 1 de febrero y Orden de marzo de 1984 en relación con la Ley de Procedimiento Administrativo. El dictamen del Equipo de Valoración y Orientación calificó su trastorno en grado inferior al 33 por ciento, por lo que se le denegó toda ayuda.

El interesado acudió a nuestra Institución, porque, según la documentación que adjuntaba, padece una esquizofrenia paranoide crónica, que le impide toda actividad laboral, según certificaciones oficiales de los especialistas del Centro de Salud del Ayuntamiento de Madrid, que le vienen tratando, y confirmado por el Equipo Médico del Hospital Psiquiátrico Provincial, donde ha estado internado.

Por el contrario, el Equipo de Valoración del Instituto Nacional de Servicios Sociales, solamente había apreciado "trastornos de personalidad", de ahí su baja calificación.

Esta discordancia, tan importante en los criterios de valoración, ha sido motivo de un elevado número de quejas, casi siempre presentadas por los propios enfermos mentales, que como en este caso, interferidos por su propia patología, dejan pasar los plazos reglamentarios para los recursos legales.

La Institución, en el caso expuesto, aconsejó al interesado que presentase recurso, ya que estaba aún dentro del plazo previsto por la Ley. Se está a la espera de la resolución definitiva.

QUEJA número 3.333/86. La interesada solicita un puesto de trabajo para su hermano, ex-toxicómano con siete años de evolución, huérfanos de padre, y con su madre parapléjica.

El enfermo ha pasado por diversos centros penitenciarios y psiquiátricos y, finalmente, ha estado en comunidades terapéuticas con el resultado de que tras grandes esfuerzos personales y económicos (la familia está endeudada) ha logrado restablecerse.

Sin embargo, el problema es que, si no consigue un empleo que le permita la rehabilitación y reinserción total, la familia teme con gran razón una nueva recaída.

4. Protección social.

QUEJA número 12.131/86. Formada por veinticinco quejas enviadas por enfermos psíquicos o sus familiares, todos ellos de la provincia de La Coruña. Como denominador común de su situación, sustancialmente exponían que:

"Desde el día 14 de octubre pasado, los diversos medios de comunicación de la provincia están informando de la suspensión de la asistencia sanitaria en

los once Ambulatorios y tres Hospitales de Día, que en coordinación con el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, completaban los programas terapéuticos de estos enfermos, sin que al parecer, se hayan arbitrado otras soluciones alternativas para continuar la asistencia psiquiátrica."

Para iniciar las investigaciones oportunas y en uso de las atribuciones conferidas al Defensor del Pueblo en los artículos 18 y 19 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, asesores de esta Institución se desplazaron a la Comunidad Autónoma de Galicia.

A través de la documentación analizada, de visitas y entrevistas realizadas, tanto con el Consejero de Sanidad como con el Presidente de la Diputación, Presidente de la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, Delegado Provincial del INSALUD, e incluso, con el Director-Comisionado del Ministerio de Sanidad, se han podido observar dos órdenes del problema que expusimos al excelentísimo señor Ministro de Sanidad, con carácter previo a la sugerencia con la que termina este escrito, y son:

1. Falta de coordinación en materia psiquiátrica de las distintas administraciones sanitarias competentes por razón de materia, lo que produce una situación de inseguridad en los enfermos. Coordinación que, con absoluto respeto a

las competencias de cada organismo, viene fijada por imperativo constitucional, y con carácter general en el artículo 103 de nuestra Carta Magna.

2. Problemas derivados del reintegro de gastos por el INSALUD a aquellos enfermos que siguen utilizando los servicios dependientes de la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo.

Estos dos problemas, según los datos aportados en las investigaciones realizadas, se centran, fundamentalmente, en el desajuste producido en el período transitorio actual, derivado del proceso de transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Galicia, y por el nuevo diseño que en materia psiquiátrica ha quedado configurado por las leyes 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la 7/1985, de Bases de Régimen Local.

En definitiva, esta Institución ha podido observar que en esta situación convergen tres tipos de factores:

- a) Inexistencia de un cauce fluido de diálogo y coordinación entre los representantes de las diferentes administraciones, por lo que no se ha llegado a la planificación de la asistencia psiquiátrica en dicha Comunidad Autónoma.

- b) La nueva Ley de Bases de Régimen Local no atribuye competencia a las Diputaciones Provinciales, en materia de Sanidad. Lo que plantea la revisión de las posibles ampliaciones o modificaciones de la red asistencial existente en este momento.
- c) Al no haberse realizado todavía el proceso de transferencias del INSALUD, la Comunidad Autónoma de Galicia no tiene competencias para gestionar la atención del enfermo mental beneficiario de la Seguridad Social. Teniendo en cuenta, además, que la red propia del INSALUD es del todo insuficiente para atender la demanda de la provincia.

Como conclusión de este análisis, se ha enviado al excelentísimo señor Ministro de Sanidad una recomendación, la cual exponemos a continuación:

SUGERENCIA elevada al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo por la tramitación de 25 quejas registradas con el número 12.131/86, enviadas por enfermos psíquicos o sus familiares de la provincia de La Coruña.

Se trataba, como ya se expuso, de la descoordinación en materia psiquiátrica de las distintas administraciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Galicia y de los problemas

derivados del reintegro de gastos por el INSALUD para aquellos enfermos que precisaban utilizar los servicios dependientes de la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo.

Se interferían en este conflicto varios factores como la inexistencia de un cauce de diálogo entre los representantes de las diferentes administraciones; la falta de competencia en materia de Sanidad de las Diputaciones Provinciales al amparo de la nueva Ley de Bases de Régimen Local y la demora de transferencias del INSALUD en materia de Seguridad Social.

A tenor de lo anteriormente expuesto y para encontrar una solución, que pudiese resolver las dificultades de asistencia planteada por numerosos enfermos, que estaban siendo atendidos en los servicios dependientes de la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, esta Institución elevó al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo SUGERENCIAS en los siguientes términos:

"A tenor de lo anteriormente expuesto y para encontrar una solución, esta Institución entiende que se podrían arbitrar las siguientes medidas:

- 1) Inicio de conversaciones entre la Diputación Provincial, el INSALUD, y el Ministerio de Sanidad, presididas por el

Consejero de Sanidad de la Xunta, con el fin de que se cree un Organo Coordinador.

- 2) Elaboración por parte de la Consejería de Sanidad del Plan de Asistencia Psiquiátrica (con el concurso de diferentes asesores de todas las Administraciones).
- 3) Propuesta de convenio mientras no se efectúen las transferencias del INSALUD, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Xunta de Galicia, para la puesta en marcha de la Ley de Sanidad, en el ámbito de la Asistencia Psiquiátrica.

Si hasta aquí ha sido planteada la primera cuestión sobre la necesaria coordinación administrativa, queda por analizar el reintegro de gastos producidos por la asistencia psiquiátrica por el uso de los servicios dependientes del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo.

Como V.E. bien conoce, el problema del reintegro de gastos por uso de medios ajenos a la Seguridad Social y concretamente la cobertura de la asistencia psiquiátrica ha sido una constante preocupación en la actuación del Defensor del Pueblo, y se ha planteado en

los sucesivos Informes Parlamentarios enviados a las Cortes Generales.

En el Informe correspondiente a 1.983 se sugería textualmente:

"Para la mejor protección de los derechos asistenciales de los enfermos se ha propuesto una nueva redacción de los artículos 18 y 19 del Decreto 1766/1967, de 16 de noviembre, sobre asistencia sanitaria en la Seguridad Social con medios ajenos y hospitalización no quirúrgica para solucionar frecuentes quejas por:

a) Reintegros de gastos, tras errores clínicos de los servicios propios.

b) Reintegro de gastos tras soportar largas listas de espera.

c) Hospitalización no quirúrgica y reintegro de gastos tras ingresos por enfermedad mental grave o cualquier otra enfermedad grave no quirúrgica, en relación con lo que disponen los artículos 98 y 103 de la Ley General de la Seguridad Social".

En este mismo sentido nos permitimos recordar a V.E. que el Tribunal Central de

Trabajo mantiene una jurisprudencia reiterada y constante sobre el derecho de los beneficiarios de la Seguridad Social a la prestación sanitaria en los casos de hospitalización no quirúrgica, como es la asistencia psiquiátrica.

Por su interés reproducimos la Sentencia de 4 de noviembre de 1986, que en su primer considerando afirma:

- " Este Tribunal viene declarando reiteradamente en orden a las hospitalizaciones en centros psiquiátricos privados de enfermos afiliados a la Seguridad Social, que esta viene obligada, por imperativo de lo preceptuado en el artículo 103 y concordantes de la Ley General de S.S. de 30 de mayo de 1974, en relación con los artículos 19 y 28 del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre sobre prestaciones de asistencia sanitaria, pues en el artículo 28 se incluye entre la medicina de urgencia a facilitar por la S.S. la de neuropsiquiatría y en el artículo 19 se dispone que la hospitalización no quirúrgica podrá ser acordada por la Entidad Gestora de Oficio o a propuesta del facultativo que presta la asistencia

siempre que la naturaleza de la enfermedad exija un tratamiento o diagnóstico que no pueda realizarse en el domicilio del paciente o en régimen ambulatorio o que la enfermedad sea transmisible o que el estado o conducta del paciente exija una vigilancia sanitaria continua, y agrega en su segundo párrafo que cuando no pueda efectuarse en una institución de la S.S. o concertada con ella, podrá llevarse a cabo en cualquier establecimiento de la red hospitalaria nacional que cuente con instalaciones adecuadas, siendo los gastos a cuenta de la Seguridad Social, de ahí que los internamientos por causas psiquiátricas que reúnan tales requisitos sean lógica consecuencia de la asistencia integral a que tienen derecho cuantos se hayan integrados en su campo de aplicación y que tales prestaciones no tengan carácter graciable ni entren en el ámbito discrecional, pues la circunstancia de que por negligencia legislativa no se haya desarrollado y concretado reglamentariamente lo dispuesto en las invocadas disposiciones no constituye causa suficiente para que los trabajadores o sus familiares

queden excluidos de protección en este tipo de enfermedades que afectan a su integridad física y capacidad laboral, si bien para que triunfe el reintegro de gastos es imprescindible conste no sólo la orden médica de internamiento sino la imposibilidad de facilitarlo por las instituciones de la Seguridad Social y de realizar el tratamiento en el domicilio del paciente o en régimen ambulatorio; tal doctrina es fruto de una constante jurisprudencia, entre la que podemos citar la sentencia de este tribunal de 15 de marzo de 1971, 30 de enero de 1973, 20 de febrero de 1975, 30 de marzo de 1978, 6 de junio de 1979, 23 de julio de 1981, 30 de mayo de 1979".

Tratándose de una interpretación de la Ley que como hemos dicho, es constante y reiterada, entiende esta Institución que debe ser asumida por la Administración por cuanto de lo contrario podrían producirse supuestos de manifiesta desigualdad jurídica, pues como ya ha dicho el Tribunal Constitucional (S.T.C. 103/1983 de 22 de noviembre), "la igualdad ante la Ley consiste en que cuando dos supuestos de hecho sean iguales, las consecuencias jurídicas que se extraigan de tales

supuestos de hecho, han de ser asimismo iguales", y en esta misma línea, el Tribunal Constitucional, define el principio de igualdad ante la Ley "como un derecho subjetivo de los ciudadanos a obtener un trato igual, que obliga y limita a los poderes públicos a respetarlo, y que exige que los supuestos de hecho iguales sean tratados idénticamente a sus consecuencias jurídicas, abarcando también la igualdad en la aplicación de la Ley" (S.T.C. 2/1983, de 24 de enero).

Por todo lo expuesto y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981 por la que nos regimos, esta Institución SUGIERE que en tanto no se tomen las medidas en orden a la adecuada atención de los enfermos psíquicos, se proceda a establecer el correspondiente convenio, entre el INSALUD y la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, en virtud del cual se garantice a los enfermos la prestación de la asistencia psiquiátrica con cargo a los fondos de la Seguridad Social".

187.

IV
RESULTADOS

1. INTRODUCCION

El análisis del MATERIAL, expuesto en el capítulo precedente, permite deducir la existencia de una serie de lagunas o carencias manifiestas en la articulación de la asistencia psiquiátrica pública y en la efectiva tutela de los derechos constitucionales del enfermo mental. Los RESULTADOS obtenidos de dicho estudio revelan, efectivamente, esta situación carencial, que trataremos de sintetizar, manteniendo el esquema seguido en anteriores capítulos.

No obstante, previamente, debemos hacer algunas observaciones generales en relación con el MATERIAL utilizado y la valoración de los RESULTADOS obtenidos. Habrá que advertir, en primer lugar, que, dadas las características del material objeto de estudio, el aporte cuantitativo a cada apartado es significativamente diferente. Sobre algunos apartados existe un amplio número de quejas, mientras que, respecto a otros apartados, el número es muy reducido.

Tal circunstancia, sin embargo, no resta validez a los propios RESULTADOS, ya que una sola denuncia puede ser suficiente para evidenciar una carencia general. En efecto, una sola queja denunciando la negativa de la Seguridad Social al reintegro de gastos por asistencia psiquiátrica hospitalaria, corroborada por la propia Administración en su informe sobre el particular, es suficiente para establecer de manera indubitada la posición de la Seguridad Social respecto a la no gratuidad de la asistencia psiquiátrica a favor de sus beneficiarios.

Una situación similar puede encontrarse en un solo expediente en el que conste la inexistencia de Hospitales Psiquiátricos en una provincia determinada. No es necesario el aporte de nuevas quejas para corroborar dicha situación. Los datos estadísticos vendrán determinados, no tanto del número de quejas presentadas, como de la población afectada por la carencia asistencial, advertida a través de una sola queja.

Los RESULTADOS, que se exponen a continuación, reflejan los déficits más significativos, despreciando aquellos aspectos marginales o aquellos supuestos que requerirán, para una adecuada ponderación, la aportación de un mayor número de expedientes de los que ha sido posible manejar. En cualquier caso, deberán diferenciarse aquellos supuestos que reflejan una manifiesta insuficiencia asistencial, detectada en la normativa

general, de aquellas deficiencias derivadas de un anómalo funcionamiento de la Administración en un caso concreto. En el primer supuesto, la deficiencia administrativa tiene carácter general sin lugar a dudas, en el segundo supuesto, la ponderación de la deficiencia debe ceñirse al caso concreto, si bien la reiteración de la misma puede permitir la extrapolación con un valor más generalizado.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

2.1. Derechos fundamentales del enfermo mental.

Existe una falta de información notoria en amplios sectores de la población acerca de los derechos de los ciudadanos sobre las obligaciones y responsabilidades de la Administración Pública en materia de asistencia sanitaria y, en concreto, de la asistencia psiquiátrica.

En concreto, esta desinformación es significativa en relación con las normas por las que se rige la Administración, procedimientos de actuación, cauces administrativos para formular o reivindicar derechos o pretensiones concretas, procedimientos y plazos para interponer recursos y, en general, la complejidad burocrática de la Administración Pública. Esta situación origina, en muchas ocasiones, graves y dolosos casos de indefensión de los ciudadanos en relación con la actuación de los organismos públicos.

2.2. Asistencia psiquiátrica.

2.2.1. Prevención.

La normativa sobre la publicidad de las sustancias legales tóxicas es inadecuada para una efectiva prevención de la drogodependencia. A mayor abundamiento, es manifiesto el incumplimiento de la legislación vigente sobre prohibición de adquisición de bebidas alcohólicas por parte de los menores.

Las sanciones por tráfico de sustancias tóxicas ilegales son claramente insuficientes, especialmente, las penas de reclusión establecidas en la legislación vigente.

La educación sanitaria, como eficaz instrumento de prevención para evitar la iniciación en el consumo de drogas mediante el conocimiento documentado de los perniciosos efectos de las mismas, todavía no ha sido incluida como disciplina docente en el sistema educativo español.

2.2.2. Tratamiento.

a) Ambulatorio

- Las estructuras asistenciales de la Seguridad Social no prestan tratamiento psicoterapéutico a los enfermos necesitados, ni siquiera, cuando, según los criterios de sus propios facultativos, dicho tratamiento sea el único

procedimiento adecuado para obtener la curación del enfermo.

- Existen carencias notables de unidades extrahospitalarias (Unidades de Día, Talleres). Estas unidades constituyen un eficaz recurso terapéutico intermedio entre la hospitalización y la consulta ambulatoria. Su déficit es manifiesto en el medio rural.

b) Hospitalario

- La disparidad en la valoración diagnóstica del enfermo, con propuestas diferentes de orientación terapéutica, efectuada desde Centros de Asistencia diversos, imposibilita, en muchos casos, que se pueda seguir el tratamiento adecuado para la curación del enfermo.

- La carencia de camas psiquiátricas en algunos Centros o la incorrecta distribución de las mismas da lugar a que haya enfermos mentales que, precisando hospitalización, tengan que permanecer en sus domicilios con sujeción mecánica o abandonados en la vía pública, con el consiguiente riesgo para sí mismos y para los demás ciudadanos.

- Se mantiene el criterio de limitar el tiempo de estancia en los Hospitales Psiquiátricos, aún cuando requieran un plazo mayor de internamiento para que su cuadro patológico pueda remitir lo suficiente, antes de iniciar un programa terapéutico

ambulatorio o domiciliario que le permita una plena rehabilitación.

- Existen graves desequilibrios estructurales, en materia de asistencia psiquiátrica, entre las diferentes Comunidades Autónomas, lo que origina una manifiesta desigualdad entre los ciudadanos por razones de residencia o vecindad territorial.

- La situación descrita se agudiza a nivel provincial, al existir provincias que carecen de los requisitos mínimos para la atención de sus propios enfermos.

- La Administración Sanitaria, a través de sus diferentes organismos, no asume la responsabilidad de orientar, gestionar y resolver el problema planteado por el enfermo mental. Cuando no es competente en el caso concreto, se limita a denegar la asistencia, ajustándose a criterios muy estrictos, sin proseguir la gestión que resulte más favorable para el interesado, contactando con otros organismos que puedan resolver el problema planteado.

- Se han descrito situaciones en las que un enfermo, que precisa internamiento por indicación de un Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, al no existir camas libres en dicho Hospital, inicia una "peregrinación" por Centros diversos hasta acabar en un Centro Privado, que debe abandonar al cabo de una semana al carecer de recursos económicos

para sufragar los gastos. El enfermo vuelve a encontrarse, así, en la calle, muchas veces abandonado.

c) Centros Psiquiátricos Penitenciarios.

La aplicación de la eximente primera del artículo octavo del Código Penal a aquellos enfermos mentales condenados por la comisión de un delito supone, en muchas ocasiones, una situación más gravosa que si se les hubiera aplicado el régimen común. El internamiento en un Centro Psiquiátrico Penitenciario se puede alargar indefinidamente, sin lograr, por otra parte, una mejora en su enfermedad, al carecer estos Centros de programas de tratamiento completo de recuperación y rehabilitación de estos enfermos.

2.2.3. Rehabilitación.

No se ha establecido un sistema general de asistencia comunitaria para el tratamiento rehabilitador del enfermo mental, a través de Centros adecuados como Residencias, Talleres y Programas de reinserción social, en situación de extrahospitalización. Una consecuencia grave de esta carencia asistencial es la derivación de los enfermos mentales, una vez extrahospitalizados, a los Albergues Municipales de Transeúntes.

2.2.4. Integración. Reinserción.

- Se ha comprobado una actitud de rechazo e insolidaridad de familiares y colectivos ciudadanos en relación a los enfermos mentales. Ciertas funciones y responsabilidades, propias del círculo familiar y ambiental del paciente, se pretenden transferir a los Servicios de la Comunidad, dificultando la integración social del enfermo mental.

- Enfermos alcohólicos con mal pronóstico de su enfermedad son rechazados por Instituciones especializadas, sin facilitarles los medios materiales necesarios para su reinserción.

2.2.5. Drogadictos.

En numerosas quejas se refleja la penosa situación económica en que se encuentran las familias de enfermos drogadictos, como consecuencia de la conducta delictiva de éstos.

En ocasiones, usurpan los ingresos familiares para adquisición de drogas; en otros casos, venden objetos o instrumentos de uso profesional o doméstico; no faltan los que suscriben créditos que, al no poder hacerles frente, recaen sobre la propia familia. Finalmente, se han descrito numerosos casos de agresiones y violencias físicas de los drogodependientes a sus familiares, que, por

otra parte, no encuentran los apoyos precisos para la curación del enfermo.

2.3. Protección jurídica.

2.3.1. Tutela de la libertad. Internamiento.

a) Información.

- Se han constatado reiteradas peticiones de los propios enfermos mentales, después de varios años de internamiento, en los que demandan información acerca de las razones por las cuales fueron declarados incapaces y sometidos a tutela judicial.

- Numerosos enfermos mentales en situación de internamiento carecen, incluso, de Documento Nacional de Identidad.

- Se ha podido comprobar, igualmente, el desconocimiento y desinformación de los enfermos mentales e, incluso, de las autoridades competentes, acerca de las medidas protectoras adoptadas por la Ley 13/1983, de 24 de octubre por la que se reforma el Código Civil, en materia de incapacitación y tutela.

b) Autorización.

- En numerosas quejas queda reflejada la actitud pasiva de las autoridades judiciales y

gubernativas ante el requerimiento de los familiares para que se adopten las medidas necesarias, en orden a la incapacitación e internamiento de los enfermos mentales.

- Existe una laguna legal respecto a la obligación de los órganos judiciales de ordenar el internamiento de personas desamparadas, sin familia o tutor, que precisan tratamiento hospitalario.

c) Hospitalización penitenciaria.

Las autoridades judiciales no cumplen, con la generalidad y prontitud deseables, las prescripciones del Código Penal en relación con los enfermos mentales judiciales, acogidos a la eximente primera del artículo 8 de dicho cuerpo legal. Prolongación indebida del internamiento, inaplicación de las medidas de seguridad postdelictual de carácter curativo, programas de tratamiento y denegación de la autorización pertinente para acogerse a establecimientos especializados, que permita al enfermo el control clínico que posibilite su curación y rehabilitación posterior, son algunas de las medidas cuya inaplicación es relativamente frecuente.

d) Toxicómanos.

- Se ha podido comprobar, igualmente, la situación de toxicómanos, en régimen de libertad provisional, que se encuentran en proceso de

rehabilitación en algún centro especializado, que deben interrumpirlo para cumplir la pena de privación de libertad, dictada en el "interim" en sentencia judicial. Se quiebra el proceso de curación del enfermo, sin que se adopten las medidas pertinentes que pudieran evitar esta drástica medida.

- La ausencia de establecimientos penitenciarios para jóvenes agrava la situación de los toxicómanos de este sector de la población, dificultando su rehabilitación y reinserción social.

2.3.2. Educación.

Se han descrito supuestos reiterados de niños y adolescentes, débiles mentales con importantes trastornos de conducta, que no son admitidos ni en el Hospital Psiquiátrico, ni en el Centro de Educación Especial, por carecer dichas Instituciones de las estructuras asistenciales adecuadas para su correcta atención. Los enfermos deben permanecer en su domicilio, a pesar de que precisan un tratamiento especializado en un Centro adecuado.

2.3.3. Ambito laboral.

Hay un grupo importante de personas que presentan problemas laborales derivados de su enfermedad mental.



Muchas veces, abandonan el trabajo durante algunos días, sin ninguna explicación y firman el finiquito sin saber lo que hacen.

Debido a los trastornos que sufren no reclaman a tiempo el reconocimiento de sus derechos, por lo que, posteriormente, se encuentran en situación de desamparo.

Al pretender beneficiarse de las prestaciones que legalmente les pudiera corresponder, no se tienen en cuenta los motivos por los que se han producido las irregularidades de sus conductas y que, en su momento, fueron la causa de la pérdida del empleo (se da muy frecuentemente en personas con sintomatología delirante y alcohólicos).

2.3.4. Protección social.

La atención integral del enfermo mental no está cubierta, en la práctica, por la Seguridad Social, ni por los cauces alternativos de los que, obligatoriamente, disponen otros organismos dependientes de Administraciones Públicas.

No se considera con prioridad el ingreso de personas enfermas mentales, donde se añaden a la gravedad del cuadro clínico agudo, circunstancias sociales y familiares verdaderamente dramáticas, que potencian el pronóstico severo de la enfermedad.

201.

En muchas ocasiones es imposible realizar el ingreso de un enfermo mental por falta de medios económicos, a pesar de la indicación médica y judicial.

202.

V
DISCUSSION

Al exponer los OBJETIVOS de esta memoria manifestamos nuestra intención de contrastar los principios que inspiran nuestra legislación en relación con los disminuidos psíquicos, expuestos en la INTRODUCCION, con la realidad concreta deducida de las quejas presentadas ante el Defensor del Pueblo. El examen de este MATERIAL nos ha permitido obtener unos RESULTADOS que, sin ser exhaustivos de la praxis de la asistencia psiquiátrica pública, pueden ser significativos de las carencias y desajustes entre los objetivos del legislador y la efectiva prestación de la Sanidad Pública.

Es evidente que muchas de estas discordancias deben ser interpretadas desde la dificultad de alcanzar el ideal del deber ser, propuesto por el legislador, y el ser o realidad social concreta, mucho más prosaica y, en definitiva, más realista que la utopía legislativa. Hecha esta advertencia, no cabe duda, sin embargo, que los poderes públicos pueden y deben esforzarse en lograr una mayor aproximación a este marco ideal. Existen carencias asistenciales claramente subsanables y hay incumplimientos que no requieren

otro esfuerzo que la superación de la negligencia y de la rutina burocrática.

En estas páginas dedicadas a la DISCUSION, vamos a centrarnos en los grandes problemas que, en nuestra opinión, plantea la asistencia psiquiátrica pública - dentro del marco del MATERIAL aportado-, renunciando a plantear aspectos tangenciales o menores que extenderían indebidamente el ámbito de esta memoria, sin lograr, por otra parte, aportaciones relevantes.

1. El derecho a la asistencia psiquiátrica.

El análisis de la legislación vigente, realizado en la Introducción, nos permitía concluir que, tanto los preceptos constitucionales como la legislación ordinaria, reconocen el derecho de los ciudadanos a la asistencia psiquiátrica.

Esta conclusión, sin embargo, contrasta con la realidad social. Como se ha podido comprobar, a través de las quejas recogidas en esta Memoria y los Resultados obtenidos, en la actualidad la asistencia psiquiátrica continúa sin ser incluida entre los servicios asistenciales de la Seguridad Social.

El desfase entre las previsiones legislativas y la situación real de la asistencia psiquiátrica puede encontrar una explicación coyuntural en el coste económico de la reforma

psiquiátrica. Como suele ocurrir con los derechos fundamentales de contenido socio-económico, su reconocimiento formal puede quedar vacío de contenido si no se aportan los recursos necesarios para su efectivo ejercicio; sin embargo, la disponibilidad de los recursos depende de la situación económica general y de los criterios políticos a la hora de fijar las prioridades sociales.

No obstante, las dificultades de carácter económico no pueden conducir a la negación de hecho de un derecho reconocido a nivel constitucional. Así, resulta inadmisibles la actitud de la Seguridad Social que, de manera reiterada, niega el derecho a la prestación psiquiátrica a sus beneficiarios. Y ello, a pesar de que de una manera, también, reiterada y constante, la jurisprudencia reconoce a los beneficiarios de la Seguridad Social el derecho al reintegro de gastos por prestación psiquiátrica, como hemos tenido ocasión de comprobar en páginas anteriores.

La "progresiva implantación" de la asistencia psiquiátrica, a que hace referencia la Ley General de Sanidad, debe partir, por tanto, del reconocimiento del derecho a la asistencia psiquiátrica y, mientras no se implante un sistema completo y suficiente, arbitrar fórmulas alternativas que permitan atender a los enfermos mentales que lo precisen, mediante la utilización adecuada de los recursos existentes y la

coordinación de las redes sanitarias de las diferentes Administraciones Públicas, que en este momento son competentes en la materia.

La asistencia psiquiátrica no puede ser contemplada como un aspecto marginal y diferenciado de la Sanidad pública. Muy al contrario, partiendo del principio de universalidad de la prestación sanitaria, el cuidado de la salud mental debe incluirse en la atención y protección general de la salud. "La salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general. En este momento de tramitación de la Sanidad, que afecta a la propia definición de la actuación sanitaria, al modelo de servicios propuesto a la población y a la configuración de los elementos básicos del sistema de salud, la reforma sanitaria, en la perspectiva de un Sistema Nacional Sanitario, ha de incluir la salud mental como una parte de la misma".⁵²

2. Administración Sanitaria y estructuras asistenciales.

Al examinar este apartado, los resultados obtenidos nos permiten sistematizar los déficits actuales en los siguientes puntos: a) déficits estructurales y de equipamiento; b) descoordinación

⁵² Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril de 1985. Madrid, 1985, pag. 16.

entre los diferentes organismos sanitarios; c) disparidad de criterios clínicos desde diferentes organismos públicos.

Ya hemos descrito la carencia de unidades extrahospitalarias que pueden constituir un eficaz recurso terapéutico intermedio entre la consulta ambulatoria y la hospitalización. Asimismo, se observa, la carencia de camas psiquiátricas en algunas provincias, lo que provoca el desplazamiento a otras e impide que numerosos enfermos puedan recibir el tratamiento más adecuado para su rehabilitación.

Finalmente, se ha podido comprobar, igualmente, un notable desequilibrio entre otros tipos de recursos asistenciales de las distintas provincias, encontrándose algunas sin ningún medio asistencial.

Todo ello conduce a un tratamiento inadecuado del enfermo e, incluso, a una inexistencia de tratamiento que da lugar, en ocasiones, a una situación vejatoria de la persona. Así, al no recibir el tratamiento adecuado, el enfermo ha de permanecer en su domicilio, muchas veces, con sujeción mecánica y, en otras ocasiones, abandonado en la vía pública.

La ausencia de Centros asistenciales próximos a su medio habitual exige el desplazamiento a otros Centros más lejanos, lo que conlleva el

desarraigo y cronificación de los pacientes, el tratamiento a distancia del medio habitual e internamientos innecesarios que, desde un punto de vista clínico, podrían ser tratados en régimen ambulatorio (servicios extrahospitalarios).

La descoordinación entre las diferentes administraciones sanitarias es igualmente evidente. Existe descoordinación entre la Administración Central, la Autonómica y la Local; pero, también, se produce entre las Administraciones Provinciales, aún perteneciendo a la misma Comunidad Autónoma.

La existencia de diversas Administraciones Públicas, diferenciadas por su ámbito territorial, como expresión del modelo de Estado de las Autonomías vigente actualmente en España, no puede interpretarse como un conjunto de Administraciones yuxtapuestas e independientes, que nada tienen que ver entre sí.⁵³

⁵³ Esta visión atomizada de la Administración Pública es claramente contraria a las bases del Estado de las Autonomías diseñado en nuestra Constitución. Además del principio de solidaridad que debe regir las relaciones entre los entes autonómicos, de acuerdo con los artículos 2 y 138 de la Constitución Española, los preceptos constitucionales arbitran una serie de principios y medidas de actuación de las Administraciones Públicas, que deben estar ordenadas a la consecución de una gestión coordinada y eficaz, atendiendo a los sectores generales de la Comunidad.

En el caso concreto de la Sanidad, la Constitución atribuye la competencia exclusiva al Estado (Administración Central) para establecer las "bases y coordinación general de la sanidad".⁵⁴

Corresponde, por tanto, a la Administración Central no solo sentar las bases normativas comunes para todo el Estado en materia de Sanidad, sino también articular los mecanismos de coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas, que garanticen una acción homogénea y eficaz dentro de todo el Estado.

Conexo con este último aspecto, debemos llamar la atención sobre la inhibición de las administraciones en la resolución de los problemas de los administrados cuando rebasan el ámbito estricto de su competencia. Hemos podido comprobar⁵⁵ cómo los organismos de la Administración se inhiben cuando el enfermo solicita una gestión, que excede la competencia estricta de dicho organismo. Comienza, así, lo que hemos denominado "peregrinaje" del enfermo por los diferentes organismos de la Administración, como si se tratara de departamentos estancos e inconexos entre sí. En nuestra opinión, la Administración demandada debe orientar, encaminar y resolver -en

⁵⁴ artículo 149, 16°.

⁵⁵ vid. RESULTADOS, n°

relación con las otras administraciones- el problema planteado por el administrado, evitando que se pierda y tal vez muera en la maraña burocrática de las diferentes dependencias administrativas.

En este complejo entramado burocrático resultan, igualmente, llamativas las consecuencias negativas que se derivan para los administrados de la disparidad de diagnósticos clínicos, efectuados por facultativos desde diferentes organismos sanitarios públicos, cuando solicitan una prestación sanitaria o económica (plaza en Centro de Rehabilitación o invalidez). Las orientaciones terapéuticas diferentes, a veces contradictorias, impiden un tratamiento adecuado del enfermo.

Nos encontramos de nuevo ante un supuesto de evidente descoordinación administrativa. Parece aconsejable que, si desde un organismo público se propone un tratamiento psiquiátrico, que no puede realizarse en el propio centro hospitalario, se realicen, desde el propio Centro, las gestiones necesarias para la admisión del enfermo en otro Centro. Es necesario evitar que -como se ha descrito en algunas quejas- prosiga buscando por su cuenta ese Centro -de acuerdo con el diagnóstico emitido- y cuando lo encuentra, en dicho Centro se produce un diagnóstico o una orientación terapéutica distinta y la consiguiente inadmisión en el Centro solicitado. Se reproduce, así, la complejidad burocrática que envuelve al administrado y que convierte el "vuelva usted mañana" de Larra en el "vaya usted a otra

parte", que, no solo no contribuye a mejorar al enfermo mental, sino que, más bien, puede agravar su situación.

3. La prestación psiquiátrica.

La Constitución se refiere expresamente a cuatro aspectos de la asistencia psiquiátrica: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social. Resulta evidente que, en la práctica, dichos aspectos están estrechamente relacionados e, incluso, al estudiar el MATERIAL se ha podido comprobar cómo en un sólo expediente aparecen simultáneamente varios de los aspectos citados. Se trata, así, de distintas fases de la atención al enfermo mental, de tal manera que un adecuado tratamiento, sin el consiguiente proceso de rehabilitación o la posterior integración social, pueden hacer totalmente ineficaz aquella inicial prestación.

Desde la óptica de la presente investigación, no se pretende hacer un análisis exhaustivo de las diferentes fases enunciadas, lo que excedería ampliamente los objetivos propuestos. Dos limitaciones aparecen claramente al afrontar esta cuestión: 1) por una parte, la que se deriva del material utilizado y, por lo tanto, de las peticiones o denuncias presentadas al Defensor del Pueblo, lo que obliga a ceñir la DISCUSION a estas cuestiones concretas, evitando otras que pudieran plantearse por su indudable interés científico, pero

sin base documental aportada en la presente memoria, 2) por otra parte, y por el sometimiento al MATERIAL aportado, vamos a limitarnos a valorar la prestación asistencial, sin entrar en valoraciones clínicas, dado que, en la mayor parte de los supuestos, se carece del historial clínico indispensable para llevar a cabo una rigurosa investigación científica.

En materia de prevención, el MATERIAL se limita a cuestiones relacionadas con alcohólicos y drogodependientes, resaltando, en ambos casos, deficiencias normativas o de aplicación de la legislación vigente.

El fácil acceso de los niños y jóvenes a las bebidas alcohólicas refleja, por una parte, la escasa observancia de la legislación vigente sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores y, por otra parte, el arraigo de ciertas costumbres familiares en algunos sectores sociales de iniciar a los niños en la ingestión de bebidas alcohólicas a una temprana edad. Todo ello conduce a la creación de hábitos y dependencias del alcohol en menores que, por su falta de conocimiento y formación, no pueden oponerse a esta iniciación y evitar los efectos nocivos del mismo. La educación familiar y la aplicación taxativa de la legislación vigente constituyen medios idóneos de prevención de la dependencia alcohólica.

En este mismo orden de cosas, sería muy eficaz en el plano preventivo la inclusión de la

educación sanitaria como disciplina oblitatoria en el sistema educativo. Una información solvente sobre las consecuencias degradantes y nocivas de las substancias tóxicas en general podría evitar la iniciación de muchos menores en el uso de los mismos y, consecuentemente, la aparición de hábitos y dependencias difícilmente erradicables en fases posteriores de su vida.

Se ha observado, igualmente, que las medidas sancionadoras del tráfico de drogas continúan siendo insuficientes, siendo preciso un agravamiento de las penas de reclusión por la comisión de este delito.

En relación con el tratamiento hospitalario se ha podido comprobar que las altas prematuras provocan ingresos repetidos posteriores que, según manifiestan los interesados, se evitan cuando el internamiento es algo más prolongado, sobre todo en pacientes con cuadros clínicos esquizofrénicos.

Para atender situaciones como la descrita y casos semejantes se hace necesaria la existencia de hospitales de media y larga estancia, además de las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales, ya que dichos internamientos romperían la dinámica de estos Hospitales.⁵⁶

⁵⁶ Parece oponerse a esta posición el Informe de la

En cualquier caso, parece oportuno que para proceder a la autorización del alta de un enfermo de un Hospital Psiquiátrico, se cuente previamente con la estructura familiar o social adecuada que permita la continuidad del proceso terapéutico. La creación de Unidades de Día, al tiempo que reduciría los internamientos e incluso los evitaría, facilitaría el proceso de rehabilitación e integración social del enfermo.

En este sentido, los Hospitales Psiquiátricos actuales deberían proporcionar el tratamiento curativo y rehabilitador necesario a sus pacientes, sin quedar supeditado este aspecto a la futura reforma de la asistencia psiquiátrica.

Para conseguir una reinserción social adecuada es necesario que las familias económicamente débiles, que deban acoger a un enfermo mental al concluir el tratamiento hospitalario, perciban una prestación económica que permita la atención material adecuada del enfermo. En todo caso, es preciso que se adopten las medidas

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que, en relación con la hospitalización, afirma lo siguiente: "La hospitalización del enfermo mental se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Su duración, que ha de ser breve, estará en función de criterios terapéuticos" (o.c., p. 28).

oportunas que impidan que el enfermo psíquico concluya su rehabilitación en un albergue municipal.

La carencia de recursos económicos no puede ser un impedimento para que el enfermo reciba la asistencia psiquiátrica precisa. El carácter progresista de nuestra Constitución en esta materia es incompatible con la situación de abandono de muchos enfermos psíquicos por carencia de medios económicos. Por ello, deben garantizarse las prestaciones básicas a todos los enfermos psíquicos. Gratuidad con cargo a los Ayuntamientos, a través de la Asistencia Sanitaria, para quienes no disponen de recursos y con cargo a la Seguridad Social para sus beneficiarios, que precisen internamiento. La descoordinación de las diferentes Administraciones Públicas no puede ser la causa que impida al enfermo psíquico la percepción de la asistencia psiquiátrica necesaria.

4. Tutela jurídica del enfermo mental.

Las previsiones normativas contenidas en nuestra Constitución, ciertamente ambiciosas y progresistas, no encuentran un reflejo adecuado en la realidad cotidiana en materia de tutela jurídica del enfermo mental.

La reforma del Código Civil, realizada en 1983, en materia de incapacitación y tutela judicial, han supuesto un paso importante en la protección de la libertad del enfermo mental; sin

embargo, al examinar los RESULTADOS, expuestos en el capítulo anterior, se puede comprobar que los preceptos citados no se aplican con el rigor debido, lo que da lugar a situaciones irregulares, tanto en lo que se refiere a los internamientos como a la vigilancia del enfermo mental una vez internado.

La inobservancia reiterada de los preceptos legales por parte de las autoridades judiciales plantean una cuestión más de fondo que la que pudiera derivarse del mero incumplimiento de la ley, por parte de quienes están -quizá en primer lugar-, obligados a respetarla y cumplirla.

Consideramos que tal incumplimiento, sin embargo, hay que inscribirlo en un marco más amplio cual es el de la situación precaria de la Administración de Justicia en nuestro país. La carencia de medios personales y materiales de la organización judicial pueden explicar mejor esta situación que una mera acusación de negligencia de los jueces. La acumulación de funciones y responsabilidades que imponen a los jueces las reformas legislativas, si no van acompañadas de los medios precisos para su eficaz cumplimiento, resultan totalmente inoperantes.

En este orden de cosas, sería oportuno que las facultades atribuidas a los jueces en materia de incapacitación y tutela fueran confiadas a los

Juzgados de Familia,⁵⁷ cuya organización, prevista en la Ley de 7 de Julio de 1981, ha sido iniciada, pero no desarrollada adecuadamente. La especialización judicial y la delimitación competencial son requisitos indispensables para una atención adecuada de aquellas personas que, como consecuencia de su propia minusvalía, no pueden gobernarse por sí mismos.

Tanto el internamiento del enfermo mental como su declaración de incapacidad proceden normalmente del ámbito familiar por lo que quedaría justificada plenamente la intervención de esta organización judicial. Pero, incluso, cuando el enfermo carece de familia o ésta no actúa, la ley

⁵⁷ Los Juzgados de Familia han sido creados por el Real Decreto 1322/1981, de 3 de julio atribuyéndoles la competencia para conocer de las actuaciones judiciales previstas en los Títulos IV (matrimonio) y VII (relaciones paterno-filiales) del Libro I del Código Civil, así como de aquellas cuestiones, que en materia de Derecho de Familia, les sean atribuidas por las leyes. Dentro de las competencias descritas encuadrarían perfectamente las funciones relativas a la declaración de incapacidad y tutela, así como la autorización para el internamiento hospitalario. En la práctica no han asumido estas funciones, salvo en el caso de menores. Por otra parte, la situación de estos juzgados es, en estos momentos, imprecisa legalmente, ya que la Ley Orgánica del Poder Judicial ni siquiera les menciona. Ello ha motivado que algunos autores consideren que "deben considerarse suprimidos, por el juego del silencio del artículo 85.1 LOPJ con el silencio completo en el resto de la misma L.O." (De la Oliva, A y Fernandez, M.A., Lecciones de Derecho Procesal, Barcelona, 1986, 3ª ed., p. 41).

impone al juez y al Ministerio Fiscal⁵⁸ la obligación de actuar de oficio en estas materias, actuación pública ciertamente, pero sustitutiva de la familia en cualquier caso.

La obligada intervención para el internamiento del enfermo mental no puede demorarse por la pasividad judicial, ni convertirse en un formalismo rutinario, ya que la ley confiere al juez y al Ministerio Fiscal la misión de garante de la libertad del enfermo. La incapacitación del enfermo es, igualmente, un procedimiento de salvaguarda del disminuido psíquico que, si no lo instan los familiares, el juez o el Ministerio Fiscal deberán promoverlo de oficio.⁵⁹

⁵⁸ El artículo 203 del C.C. dispone que: "El Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el artículo anterior (familiar o tutor) no existen o no lo hubieren solicitado. A este fin, las autoridades y funcionarios públicos, que por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal".

⁵⁹ El artículo 211 del C.C. dispone que: "El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El juez tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Por otra parte, la situación de indigencia o abandono de muchos enfermos mentales, que hacen de la vía pública su única morada, revela una laguna legal, al no prever el legislador la obligación del Ministerio Fiscal y del juez de proceder al internamiento hospitalario de estos enfermos.⁶⁰ Los jueces, a quienes la Constitución atribuye la tutela de los derechos de los ciudadanos, deberían actuar como tutores legales de los minusválidos psíquicos, carentes de familia, mientras no se procediere al nombramiento de un tutor adecuado.

En el marco de cuanto venimos discutiendo, los Jueces deberían actuar diligentemente, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes, en la autorización de los internamientos, ya que la demora o negligencia en conceder la autorización puede perjudicar gravemente el tratamiento del enfermo. Pero, cuando, por razones de urgencia, se ingrese a un enfermo sin la autorización judicial, la diligencia debe, igualmente ejercerse para verificar, con el dictamen de los facultativos por

⁶⁰El artículo 203 del C.C., según la redacción anterior a 1983, imponía al Juez Municipal la obligación de proveer al cuidado de los enfermos mentales y de sus bienes muebles hasta el nombramiento de tutor, cuando por la ley no hubiere otras encargadas de esta obligación. "Si no lo hiciesen, serán responsables de los daños que por esta causa sobrevengan a los menores e incapacitados".

El nombrados, que, efectivamente, dicho internamiento era necesario. Todo ello como una garantía efectiva de la libertad del enfermo, que -sin esa diligencia del juez- puede verse privado de la libertad, sin motivo o justificación alguna. En los RESULTADOS se aprecia que estas situaciones se producen con excesiva frecuencia.

Resulta, igualmente, necesario que se aplique rigurosamente lo dispuesto en el artículo 211, último apartado, en relación con la obligación de juez de verificar la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses.⁶¹

Sería preciso, también, subsanar la laguna legal en relación con el internamiento de aquellas personas que carecen de familia o están abandonados. La ley atribuye al juez y al Ministerio Fiscal la obligación de instar la declaración de incapacidad, pero no les impone la obligación de proceder a su internamiento, si los dictámenes médicos así lo aconsejaran. En estas circunstancias, existen criterios judiciales diferentes y, así, mientras algunos jueces proceden a autorizar el internamiento

⁶¹ Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento".

de estos enfermos, otros se inhiben. La situación de abandono o indigencia de estas personas ha sido descrita en diversas quejas y en los RESULTADOS, sin que se haya podido encontrar una solución adecuada a dicho problema. Sería prudente retomar la antigua obligación de los jueces -comentada en la nota 8- de proveer al cuidado de los enfermos mentales y, por tanto, dentro de esta atención, estar obligados a decretar su internamiento, si así fuera preciso.⁶²

En esta misma línea, deberían adoptarse las medidas oportunas para proteger al enfermo mental que presenta riesgo para sí mismo, internándole, como medida cautelar, en instituciones adecuadas, aunque sea transitoriamente. En este supuesto, el Juez debería valorar no sólo la indicación clínica, que puede ser alternativa, como el riesgo real que corre el enfermo y, por tanto, la protección del incapaz que puede lesionar o ser lesionado.⁶³ Medidas cautelares deben adoptarse con aquellos enfermos que tienen tendencia a fugarse del hospital, una vez internados, y representan un riesgo evidente para sí mismos y para los demás. Es

⁶² Podría ser oportuna la coordinación de la autoridad judicial con las gubernativas y sanitarias para proceder al internamiento de personas incapaces que viven solas o en la vía pública, creándose al efecto un servicio especializado de atención y recogida de estas personas.

⁶³ El supuesto fáctico ha sido ampliamente descrito en la queja n° 3085/86.

preciso, en estos supuestos, buscar un equilibrio entre el derecho a la libertad y la protección del incapaz y de los demás ciudadanos.

5. Protección social.

La integración social del enfermo psíquico constituye un objetivo constante de la Psiquiatría moderna. Contra la idea de segregación y marginación, tan arraigada en otras épocas, las tendencias actuales apuntan a la normalización del enfermo mental en el medio social en que se encuentra. La familia, la Comunidad, la educación y el trabajo constituyen los puntos de referencia más significativos para la plena inserción social del disminuido psíquico.

Los poderes públicos en estrecha colaboración con la familia y la sociedad deben propiciar esta integración, facilitando el acceso a las diferentes manifestaciones del quehacer humano, asumiendo las deficiencias del enfermo mediante la adaptación del medio social a las circunstancias específicas del disminuido psíquico. En esta tarea, la sensibilización de la sociedad, en relación con esta problemática específica, es imprescindible para el pleno desarrollo de la personalidad del enfermo, en cuanto ciudadano, tal como dispone la Constitución, y para la propia aportación del enfermo a la sociedad, superando la idea de invalido social por la de ciudadano útil de acuerdo con sus concretas posibilidades.

La educación constituye un elemento indispensable para la integración social del disminuido psíquico. La legislación educativa en esta materia es ciertamente progresiva, como hemos señalado en la INTRODUCCION.

No obstante, y a la vista del MATERIAL utilizado, se observan déficits de puestos escolares de Educación Especial en algunas provincias, descoordinación entre centros dependientes del Ministerio de Educación o de las Comunidades Autónomas y la Seguridad Social, etc.

Sería oportuno, por otra parte, que para la obtención de una plaza escolar se concediera prioridad a los minusválidos, procurando, de acuerdo con los principios que rigen la legislación vigente, la integración en centros normalizados, siempre que sea posible.

Por otra parte, los Centros de Atención de Minusválidos deben dispensar a todos los enfermos, que por su minusvalía lo requieran, cuidados especiales de tratamiento y rehabilitación, con una dotación adecuada de facultativos (médicos psiquiatras) que puedan acoger a aquellos que presenten trastornos asociados (oligofrenia con trastornos de conducta).

Una manifestación clara de normalización del enfermo psíquico es su incorporación al mundo

del trabajo. Esta integración en el ámbito laboral debe hacerse, sin embargo, teniendo en cuenta las minusvalías específicas que afectan al trabajador; por ello, es necesario adecuar las condiciones de acceso y conservación del empleo a esas concretas carencias del enfermo, que, pudiendo ser útil a la sociedad desde su puesto de trabajo, debe ser, sin embargo, objeto de medidas específicas que tengan en cuenta sus propias limitaciones.

La jurisprudencia, como en tantas ocasiones, ha sido extraordinariamente sensible a esta problemática concreta. La calificación de la epilepsia como causa de invalidez⁵⁴ o la valoración de una perturbación psíquica como exención de responsabilidad en la comisión de una falta laboral determinante de un despido, constituyen expresiones concretas de esta interpretación progresista de la jurisprudencia actual.

Debería ser valorada, también, la incidencia de su propia minusvalía en la renuncia o en la ausencia del ejercicio de sus derechos, que puede comportar un grave perjuicio para sí mismo en el ámbito de las relaciones laborales. La aceptación del finiquito o del despido, sin oposición por su parte, debido a una situación psíquica anormal deben

⁵⁴ Sentencia del Tribunal Supremo 279/86, de 25 de febrero de 1987.

ser considerados actos jurídicos nulos, al carecer en ese momento de la capacidad de gobernarse a sí mismo, presupuesto básico para la validez de los actos jurídicos.

En el campo de la Seguridad Social, al que ya nos hemos referido anteriormente, resulta incomprensible la actitud de los responsables de esta Institución de mantener la postura de denegación del reintegro de gastos por prestación psiquiátrica a sus beneficiarios, a pesar de la reiterada jurisprudencia del Tribunal Central de Trabajo, ratificada recientemente por el Tribunal Supremo.⁶⁵

Es preciso que la Seguridad Social asuma la obligación impuesta por la legislación y ratificada por los Tribunales de abonar los gastos por asistencia psiquiátrica, como una manifestación del principio de universalización de la asistencia sanitaria, evitando, así, los perjuicios y trastornos que tal actitud ocasionan a los beneficiarios.

⁶⁵vid. p.p. 54, 181 y 222

226.

VI
CONCLUSIONES

El objetivo marco propuesto al iniciar esta investigación pretendía establecer el contraste entre los derechos del enfermo mental, reconocidos en la legislación, y su efectividad práctica. A través del MATERIAL aportado y de los RESULTADOS obtenidos se han podido constatar las discrepancias entre el debe ser normativo y la praxis concreta, deducida de las denuncias examinadas.

Ciertamente, las carencias se refieren a aspectos concretos que, como eslabones de una larga cadena, reflejan una situación muy dispar entre lo normado y lo practicado. Esta podría ser la primera y principal conclusión de este trabajo; sin embargo, la globalidad de la conclusión exige una mayor concreción a través de los diferentes aspectos carenciales que pueden justificar de forma específica aquella conclusión global.

No obstante, advertidas las deficiencias, parece más oportuno ofrecer conclusiones más positivas, es decir, propuestas de solución de las carencias observadas, que pueden mejorar el efectivo ejercicio de los derechos del enfermo mental y la

asistencia psiquiátrica en general. Desde esta perspectiva, hemos elaborado las siguientes conclusiones:

I. RESPECTO A LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

1. La Constitución Española y la legislación ordinaria, como ha quedado expuesto en la INTRODUCCION, reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia psiquiátrica pública. No obstante, de las quejas estudiadas se comprueba la denuncia de los ciudadanos sobre la precariedad de dicha asistencia y la no gratuidad de la misma.
2. La legislación sanitaria establece la integración de la asistencia psiquiátrica en el Sistema General de Salud. La progresiva implantación en dicho sistema, prevista en la Ley General de Sanidad, se está realizando en la práctica con gran lentitud y escasos recursos creando una situación de transitoriedad que perjudica notablemente a los enfermos que demandan esta prestación. Parece oportuno que, mientras no se produzca esta implantación de manera general, se apliquen fórmulas alternativas que garanticen el derecho efectivo de los ciudadanos a la asistencia psiquiátrica pública.

3. Del análisis de las quejas y de las respuestas de la Administración se deduce una manifiesta descoordinación entre las diferentes Administraciones Públicas Sanitarias, con lo que resulta perjudicado directamente el ciudadano. Consideramos que en cumplimiento de lo dispuesto en la Constitución, la Administración debe asumir y hacer efectiva la coordinación entre las diferentes administraciones sanitarias en materia de asistencia psiquiátrica.
4. En numerosas quejas se advierte la ausencia de una red asistencial fluida, la peregrinación del ciudadano por diferentes centros asistenciales y la confusión actual producida por el proceso de transferencias entre administraciones Públicas. Todo ello incide negativamente en la debida atención del enfermo.

Parece oportuno que, frente a la inhibición actual del organismo público que no se considera competente en la resolución de la demanda solicitada, se adopta el criterio de que cualquier organismo, al que se solicita sus servicios, debe, en todo caso, asumir el problema planteado orientando al enfermo e

intentando resolver el problema, gestionando la asistencia requerida ante los organismos competentes o centros adecuados.

5. Las quejas estudiadas revelan carencias manifiestas en materia de asistencia psiquiátrica en algunas provincias, lo que resulta claramente discriminatorio en relación con otras provincias. Esta desigualdad de unos ciudadanos en relación con otros por razón de su domicilio en una provincia conculca el artículo 14 de la Constitución, por lo que deben ser superadas estas diferencias como una exigencia constitucional derivada de la igualdad de derechos de todos los españoles.
6. La investigación realizada revela, igualmente, la carencia de recursos terapéuticos que los promoventes de las quejas consideran necesarios, tales como las unidades extrahospitalarias y los hospitales de larga estancia. Por ello, parece preciso aumentar el número de unidades extrahospitalarias, como recurso terapéutico intermedio entre la consulta ambulatoria y la hospitalización. Al mismo tiempo, se evidencia la necesidad de no prescindir de las plazas de larga estancia en centros hospitalarios para la atención de enfermos psíquicos que precisen un tratamiento hospitalario más prolongado. También, y en este

mismo orden de cosas, parece oportuno que las camas psiquiátricas de los Hospitales Psiquiátricos se desplacen hacia las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales.

7. A través del material aportado, se puede advertir la situación de precariedad de los centros psiquiátricos penitenciarios para la atención al enfermo psíquico internado. Resulta evidente la necesidad de dotar a los Hospitales Penitenciarios de los recursos humanos y materiales que hagan viable el tratamiento y la rehabilitación del enfermo psíquico internado, siendo necesario la creación, entre otros recursos, de Residencias y Talleres, así como la adopción de Programas de reinserción social.

II. RESPECTO A LA PROTECCION JURIDICA.

8. Se ha podido comprobar, a través de la documentación examinada, las dificultades para proceder al internamiento de enfermos psíquicos en los Hospitales Psiquiátricos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 211 del Código Civil. La intervención judicial, tanto para autorizar el internamiento como para ejercer la vigilancia posterior, no se produce con la diligencia adecuada, dando lugar a situaciones de indefensión de los enfermos en unos casos y

a la falta de la adecuada asistencia en otros casos. Sería oportuno que, dentro de la organización judicial, se atribuyeran estas facultades a jueces especializados que pudieran cumplir adecuadamente las previsiones legales.

9. La situación de abandono de muchos enfermos psíquicos sin familia y sin recursos que, como consecuencia de su propia minusvalía, pueden atentar contra su salud o su vida o ser objeto de vejaciones o agresiones por parte de terceros es también una situación reiterada en la documentación utilizada. Siguiendo la propuesta formulada en la conclusión octava, sería aconsejable la atribución de la competencia en materia de incapacitación, tutela e internamiento a órganos judiciales especializados, como podrían ser los actuales Juzgados de Familia. Así mismo parece oportuno que los jueces asuman la tutela de los enfermos psíquicos sin familia ni recursos, mientras no se nombre tutor legal.
10. Se ha comprobado igualmente, a través de las quejas estudiadas, que los Tribunales no ponen en práctica las previsiones del artículo 8 del Código Penal, autorizando a los enfermos mentales judiciales para que utilicen los Centros Asistenciales como alternativa de los

Centros Penitenciarios según se contempla en dicho precepto legal.

11. La documentación examinada adopta diversos supuestos de enfermos psíquicos en el ámbito laboral, que como consecuencia de su propia minusvalía, sean despedidos de su puesto de trabajo o se les deniegue la invalidez a causa de su enfermedad. La Jurisprudencia del Tribunal Supremo ha declarado sin embargo la improcedencia del despido, cuando la causa se basa en infracciones laborales motivadas por la propia enfermedad. Así mismo ha reconocido, en diversos supuestos, la enfermedad psíquica como causa de invalidez. El legislador debería incorporar dichos supuestos para evitar procedimientos judiciales a los enfermos psíquicos.
12. Es constante, a través de las quejas estudiadas y de las respuestas de la Administración, la actitud de la Seguridad Social de denegar el reintegro de gastos por prestaciones asistenciales psiquiátricas a sus beneficiarios. La doctrina del Tribunal Central de Trabajo reafirma de manera constante también, el derecho de dichos beneficiarios al reintegro de gastos. Recientemente el Tribunal Supremo ha ratificado este derecho de los beneficiarios de la Seguridad Social. Sería

necesario que el legislador explicitara normativamente la existencia de este derecho y que la Administración, mientras tanto, aceptase con carácter general la doctrina jurisprudencial, evitando así que los enfermos psíquicos tuvieran que acudir a los Tribunales para ver satisfecho su derecho.

235.

2

VII
BIBLIOGRAFIA

ALZAGA, O.: Comentarios a las leyes políticas. Constitución Española de 1978. Madrid, 1984.

ARADILLAS, A.: Todo sobre el Defensor del Pueblo. Barcelona, 1986.

CARTA SOCIAL EUROPEA DE 1961.

CODIGO CIVIL ESPAÑOL

CODIGO PENAL ESPAÑOL

CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978

CONSTITUCION PORTUGUESA DE 1974

DECLARACION DE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL. Resolución 2856 de 20 de diciembre de 1971, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

DEFENSOR DEL PUEBLO. Informe a las Cortes Generales, años -- 1983, 1984, 1985 y 1986.

ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES. (Ley 8/1980, de 10 de marzo)

FAIREN GUILLEN, V.: El Defensor del Pueblo, Madrid, 1982.

FRAILE CLIVILLES, M.: Código Constitucional. Madrid, 1983.

GALVEZ, J., Comentarios al artículo 49 de la Constitución, -
en Comentarios a la Constitución, ob. colectiva, Madrid, -
1985.

GARRIDO FALLA, F. Comentarios a la Constitución. Madrid. 1985

GIL ROBLES Y GIL DELGADO, A, El Defensor del Pueblo. En tor-
no a una proposición de Ley Orgánica. Madrid. 1979.

GINER DE GRADO, C.: El Defensor del Pueblo en la teoría y en
la práctica. Madrid, 1986.

GINER DE GRADO, C.: Los Ombudsmen, Defensor del Pueblo, euro-
peos, Madrid, 1986.

GUIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL, Principado de Astu- -
rias, Oviedo, 1987.

INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIA--
TRICA, Abril 1985, Madrid, 1985.

LEY 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financia
miento de la Reforma Educativa.

LEY 15/1980, de 8 de octubre, Básica de Empleo.

LEY 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los mi-

nusválidos.

LEY 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil -
en materia de tutela.

LEY 14/1985, de 25 de abril, General de Sanidad.

LEY DE BASES de 25 de noviembre de 1944 de Sanidad Nacional.

LEY ORGANICA 2/1979 del Tribunal Constitucional.

LEY ORGANICA 3/1981, de 6 de Abril, del Defensor del Pueblo.

PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL. Informe de -
la Comisión Asesora presidida por el Profesor Ajuriague- -
rra, Gasteiz, 1983.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL, Memoria de Actividades 1986, abril
1987, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional
de la Salud, Madrid, 1987.

REAL DECRETO 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la --
Educación Especial.

SCHAMBERCK, H. Significación de la Constitución Española de
1978, en "Revista de Derecho Político, UNED, Madrid, vol.
14, 1982.

SOBRE EL MODELO DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL: Comisión de -
Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría -
(A.E.N.).

TOMAS-RAMON FERNANDEZ, J.: Los derechos fundamentales y la -
acción de los poderes públicos en "Revista de Derecho Po--
lítico", UNED, Madrid, vol. 15, 1982.

VIDA SORIA, J.: Comentarios al artículo 49 de la Constitu- -
ción, en la Constitución Española de 1978, ob. colectiva,
Madrid 1984, pp. 366 y ss.

--oOo--

240.

ANEXO

Con los datos aportados en este anexo se pretende ofrecer un sistema de referencias donde encuadrar las quejas objeto de este estudio, en el ámbito general de la Institución del Defensor del Pueblo y en el particular del Area de Asistencia Psiquiátrica.

En la Tabla I se relacionan las Areas de Competencias de la Institución donde con número 12 se inscribe la de Asuntos Generales.

La figura 1 contiene el número total de quejas recibidas desde Enero de 1983 a Diciembre de 1986. Puede observarse la disminución paulatina del número de quejas que se explica porque al tratarse de una Institución nueva en nuestro ordenamiento jurídico, han acudido a ella muchas personas que desconocían sus funciones y competencias. Parece que se han ido estabilizando y cualificando las quejas que se dirigen al Defensor del Pueblo.

La Tabla II es un ejemplo de la ficha técnica que se cumplimenta en el Registro de Entrada con los datos del escrito-queja.

En la figura 2 se resume la relación del Area de Asuntos Generales con otras Areas.

En la figura 3 se muestra la evolución por años de las quejas que habiendo sido imputadas al Area de Asuntos Generales se han desglosado en quejas de Asistencia Psicológica (delirantes) y las quejas de Asistencia Psiquiátrica propiamente dicha.

Las contenidas en este segundo apartado son las que hemos tratado en el texto de nuestra memoria y a las que vamos a hacer referencia a continuación.

Tabla III. Las características de las personas que acuden a la Institución del Defensor del Pueblo son muy variadas, tanto en cuanto a edad como a nivel cultural. En la mayoría de los casos, las quejas van escritas por personas diferentes a los interesados por tratarse de analfabetos.

Hay que indicar también que los datos de la Tabla III se refieren a la persona que envía la queja y no al propio enfermo.

Tabla IV. Acuden al Defensor del Pueblo desde cualquier provincia a pesar de que existen en algunas Comunidades Autónomas la figura del Defensor del Pueblo bajo diversas denominaciones.

La distribución de las quejas por provincias que aparecen en la Tabla IV refleja las de los años 1985 y 1986 conjuntamente y por separado, con objeto de observar la variabilidad.

Sería interesante para un trabajo futuro analizar las causas de las diferencias en el número de quejas de unas provincias a otras. Por ejemplo si dependen o no de la existencia de Hospitales Psiquiátricos, medios de información adecuados, visitas esporádicas del Defensor del Pueblo, grado de concienciación de sus propios derechos, etc.

Asistencia Psiquiátrica y Protección Jurídica

Tabla V. Los 74 ejemplos que hemos discutido en la tesis se hayan distribuidos por materias como se observa en la Tabla V.

El número de quejas no guarda necesariamente proporción con el total para una materia determinada. Esta proporción se puede observar mejor en los datos referidos a la muestra aleatoria de 359 y más claramente en la que corresponde a los años 1985 y 86 puesto que en estos años disponemos de la totalidad de los datos.

Figura 4. Las datos de la Tabla V se recogen a las figuras 4 y 5.

En la Figura 4 hemos separado lo correspondiente a asistencia psiquiátrica y protección jurídica y se han ordenado por tamaño con objeto de tener una idea del volumen de las quejas en estas materias.

Figura 5. Se estudia en detalle las proporciones de quejas para cada uno de los tipos de tratamiento.

Finalmente en la Figura 6 hemos querido reseñar el resultado de la actuación del Defensor del Pueblo después de la tramitación de estas quejas ante la Administración Pública.

DISTRIBUCION EN
AREAS DE COMPETENCIA

- 1 ASUNTOS EXTERIORES Y PRESIDENCIA
- 2 DEFENSA E INTERIOR
- 3 JUSTICIA
- 4 ECONOMIA, HACIENDA, COMERCIO, AGRICULTURA
E INDUSTRIA
- 5 ADMINISTRACION TERRITORIAL Y LOCAL
- 6 TRABAJO
- 7 SANIDAD Y CONSUMO
- 8 SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR
- 9 OBRAS PUBLICAS, URBANISMO Y VIVIENDA
- 10 TRANSPORTES, TURISMO Y COMUNICACIONES
- 11 EDUCACION Y CULTURA
- 12 ASUNTOS GENERALES

VOLUMEN TOTAL DE QUEJAS RECIBIDAS

1 ENERO 1983 / 31 DICIEMBRE 1986

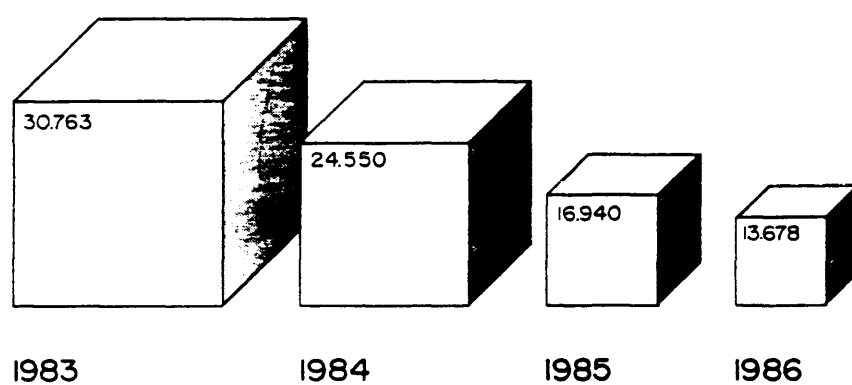


Figura 1

ASUNTOS GENERALES

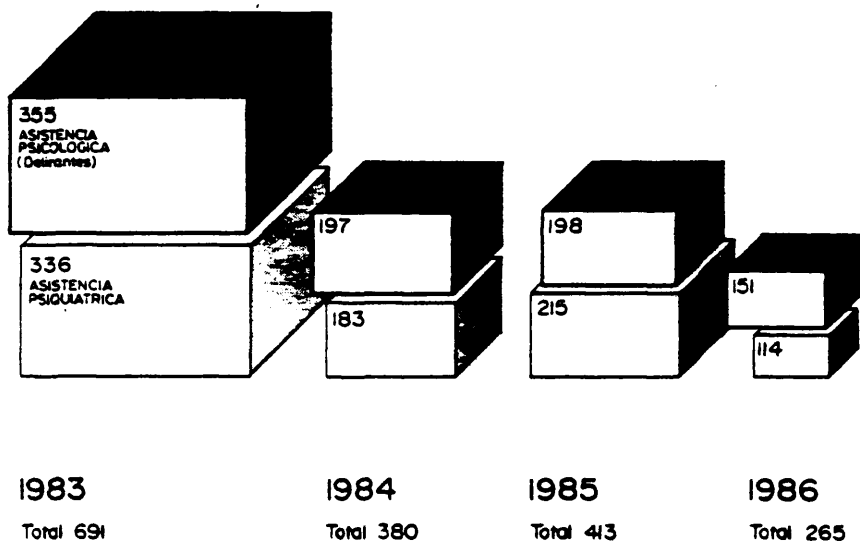


Figura 3

TABLA IV

NUMERO DE QUEJAS POR AÑOS Y PROVINCIAS

Cifras entre paréntesis: nº de quejas
por millón de habitantes.

PROVINCIA	1985	1986	1985 + 1986	MUESTRA
ALICANTE	4 (3,4)	6 (5,1)	10 (8,5)	3
ASTURIAS	4 (3,5)	2 (1,7)	6 (5,3)	2
AVILA	0	1 (5,4)	1 (5,4)	0
BADAJOS	4 (6,1)	1 (1,5)	5 (7,7)	0
BALEARES	0	1 (1,5)	1 (1,5)	3
BARCELONA	6 (1,7)	6 (1,3)	14 (3,0)	3
BURGOS	3 (8,2)	0	3 (8,2)	1
CACERES	3 (7,0)	1 (2,3)	4 (9,3)	0
CADIZ	2 (1,9)	2 (1,9)	4 (3,9)	1
CANTABRIA	2 (3,8)	1 (1,9)	3 (5,7)	2
CASTELLON	1 (2,3)	1 (2,3)	2 (4,5)	1
CIUDAD REAL	4 (8,3)	0	4 (8,3)	0
CORDOBA	1 (1,3)	2 (2,7)	3 (4,0)	0
GERONA	0	1 (2,1)	1 (2,1)	0
GRANADA	1 (1,3)	2 (2,5)	3 (3,8)	1

FICHA TECNICA

Numero de Registro : 3602009

Area 1 : 12

Area 2 :

TOS PERSONALES

Primer apellido :
Segundo apellido :
Nombre :
Cargo :

Año de nacimiento :
Estado civil :

TOS LOCALES

Calle : CALVO SOTELO
Codigo postal :
Barrio :
Poblacion : TORRELAVEGA
Provincia : SANTANDER
Comunidad autonoma : CANTABRIA
Medio : URBANO

TOS QUEJA

Procedencia :
Tipo : INDIVIDUAL
Afectados : 00001
Titularidad : SI
En plazo : SI
Competencia :

CHAS

- De documento : 12-02-86
- De entrada : 13-02-86

SERVACIONES

RELACION CON OTRAS AREAS DEL AREA DE ASUNTOS GENERALES



Figura 2

PROVINCIA	1985	1986	1985 + 1986	MUESTRA
GUADALAJARA	0	1 (6,9)	1 (6,9)	0
GUIPUZCOA	2 (2,8)	0	2 (2,8)	1
HUELVA	1 (2,3)	0	1 (2,3)	0
JAEN	0	3 (4,5)	3 (4,5)	1
LA CORUÑA	6 (5,4)	23 (20,7)	29 (26,0)	2
LA RIOJA	0	2 (7,6)	2 (7,6)	0
LEON	1 (1,9)	5 (9,5)	6 (11,4)	1
LUGO	3 (7,3)	0	3 (7,3)	0
MADRID	45 (9,3)	28 (5,7)	73 (14,9)	37
MALAGA	1 (0,9)	2 (1,9)	3 (2,8)	3
MURCIA	6 (6,0)	0	6 (6,0)	1
NAVARRA	1 (1,9)	0	1 (1,9)	0
PALENCIA	2 (10,5)	1 (5,3)	3 (15,8)	0
PONTEVEDRA	5 (5,6)	1 (1,1)	6 (6,7)	0
SALAMANCA	4 (10,9)	0	4 (10,9)	1
SEGOVIA	1 (6,7)	0	1 (6,7)	0
SEVILLA	1 (0,6)	2 (1,3)	3 (5,5)	1
SORIA	1 (9,9)	2 (19,8)	3 (29,6)	0
TENERIFE	3 (4,4)	0	3 (4,3)	1

PROVINCIA	1985	1986	1985 + 1986	MUESTRA
TERUEL	1 (6,4)	0	1 (6,4)	0
VALENCIA	9 (4,3)	8 (3,8)	17 (8,0)	6
VALLADOLID	1 (2,0)	1 (2,0)	2 (4,1)	2
VIZCAYA	4 (3,3)	2 (1,6)	6 (5,0)	0
ZAMORA	1 (4,4)	0	1 (4,4)	0
ZARAGOZA	3 (3,6)	1 (1,2)	4 (4,8)	0
T O T A L E S	139	109	248	74

ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y PROTECCION JURIDICA

DISTRIBUCION POR TIPOS DE TRATAMIENTO EN ASISTENCIA
PSIQUIATRICA

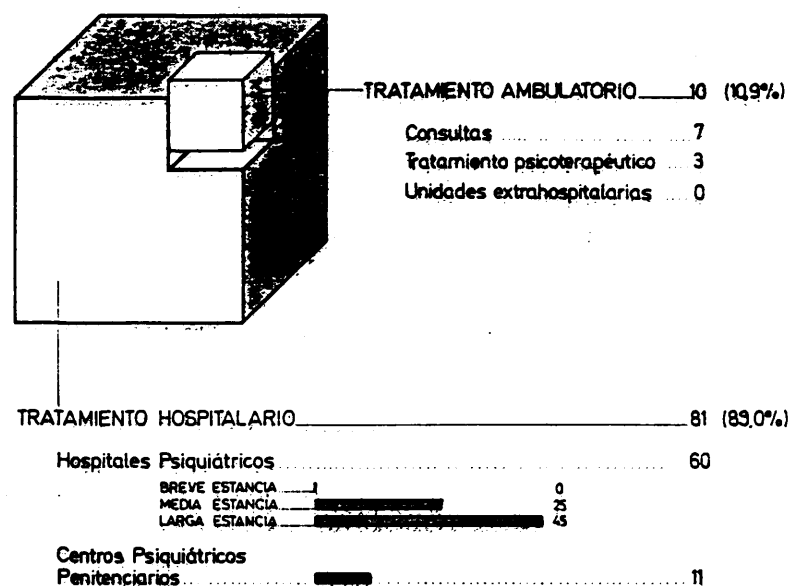


Figura 5

TABLA V

DISTRIBUCION DE LAS QUEJAS POR MATERIAS

M A T E R I A S	MUESTRA ALEATORIA Nº 359 (%)	MUESTRA 1985-86 Nº 249 (%)	MUESTRA DE LA TESIS Nº 74
PREVENCION	4 (1,0)	7 (2,8)	6
TRATAMIENTO	124 (34,4)	91 (36,5)	24
REHABILITACION	11 (3,1)	15 (6,0)	7
INTEGRACION	41 (11,4)	25 (10,0)	6
DROGADICTOS	68 (18,9)	41 (16,5)	11
INTERNAMIENTO	37 (10,4)	22 (8,8)	10
TOXICOMANOS Régimen Penitenciario	21 (5,9)	14 (5,6)	4
EDUCACION	14 (3,8)	8 (3,2)	1
AMBITO LABORAL	16 (4,4)	12 (4,8)	4
PROTECCION SOCIAL	23 (6,4)	14 (5,6)	1

ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y PROTECCION JURIDICA

1985-86

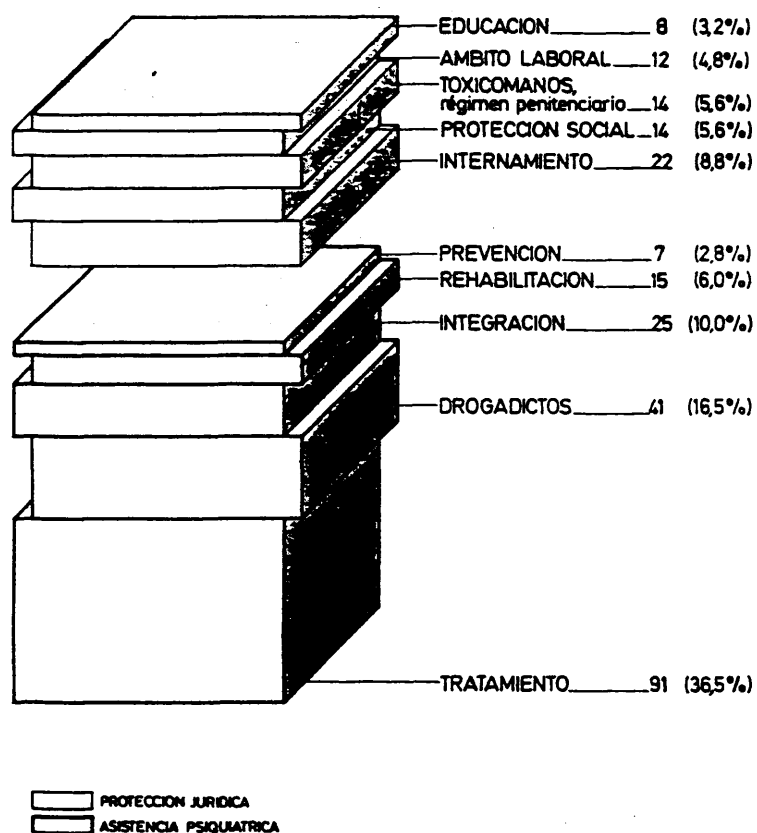


Figura 4

ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y PROTECCION JURIDICA

1985-86

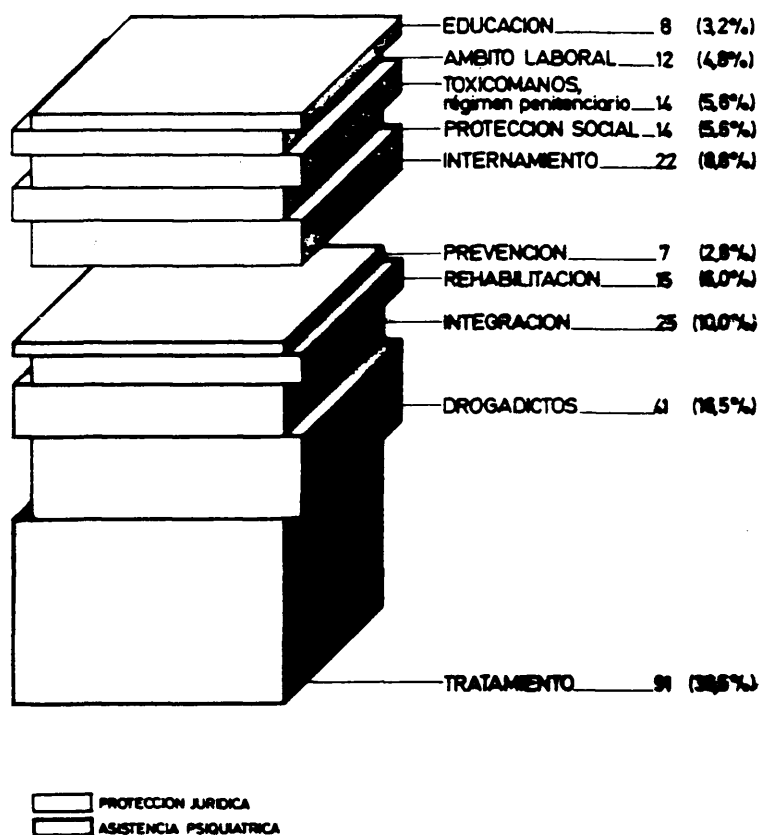
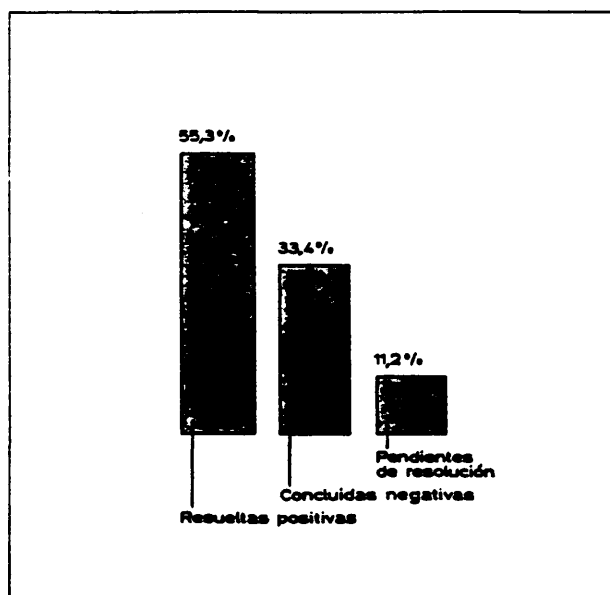


Figura 4

RESULTADOS DE LA ACTUACION DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

AÑO	Nº TOTAL	DEURANTES (A.P.)	ASISTENCIA PSIQUIATRICA	RESUELTAS POSITIVAS	CONCLUIDAS NEGATIVAS	PENDIENTES
1985	413	198	215	125	82	8
1986	265	151	114	57	28	29



1985 + 1986

Figura 6